



Etiquette patiente

## Bilan Educatif Partagé

**Vous venez en consultation**

1ère fois

2ème fois

3ème fois

4ème fois

> de 4 fois

**CP :**

**Ville :**

**Téléphone :**

**Mail :**

@

### Questions

1 - Quel mot correspond le plus à mon état d'esprit du jour :	Fatiguée <input type="checkbox"/>	Motivée <input type="checkbox"/>	Stressée <input type="checkbox"/>	Energique <input type="checkbox"/>	Déprimée <input type="checkbox"/>	Heureuse <input type="checkbox"/>
2 - Depuis combien de temps la maladie a été diagnostiquée ?	< 1 an <input type="checkbox"/>	1 et 3 ans <input type="checkbox"/>	3 et 7 ans <input type="checkbox"/>	> 7 ans <input type="checkbox"/>		
3 - A quelle occasion la maladie a été diagnostiquée ?	Douleurs <input type="checkbox"/>	Contrôle <input type="checkbox"/>	Bilan de fertilité <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>		
4 - Qu'est-ce que j'aimerais apprendre davantage au sujet de cette maladie ?						
5 - Quels traitements prenez-vous ?						
6 - Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité des douleurs physiques ?	Nulle <input type="checkbox"/>	Très faible <input type="checkbox"/>	Faible <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Grande <input type="checkbox"/>	Très Grande <input type="checkbox"/>
7 - Lors d'une crise, un traitement soulage complètement la douleur	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>	D'accord <input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>	Non concernée <input type="checkbox"/>	
8 - Je mets en place des astuces pour soulager la douleur (bouillotte, alimentation, thérapies alternatives comme le yoga, la sophrologie...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
9 - L'endométriose impacte négativement mon état psychologique	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>	D'accord <input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>		
10 - La maladie a eu un impact sur mon désir d'enfant	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>	D'accord <input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>	Non concernée <input type="checkbox"/>	
11 - Je pense que ma santé est :	Mauvaise <input type="checkbox"/>	Médiocre <input type="checkbox"/>	Bonne <input type="checkbox"/>	Très bonne <input type="checkbox"/>		
12 - Dans quels cas faites-vous appel à votre médecin/professionnel de santé ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Problème de santé grave <input type="checkbox"/>	Conseils réguliers <input type="checkbox"/>	Dès que j'ai une question <input type="checkbox"/>		
13 - La maladie m'empêche de pratiquer certaines activités tel que je le souhaiterais (sport, loisirs)	Jamais <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>	Toujours <input type="checkbox"/>		

14 - La maladie impacte négativement ma vie sociale	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>	D'accord <input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
15 - La maladie impacte négativement ma vie professionnelle	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>	D'accord <input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
16 - La maladie m'a déjà poussé à m'absenter du travail, du collège/lycée/université	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
17 - Lorsque je mange certains aliments, cela me procure des inconforts	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>	D'accord <input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
18 - Je peux compter sur le soutien de mon entourage face à la maladie	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>	D'accord <input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
19 - Je n'ai pas confiance en mon traitement actuel	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>	D'accord <input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>

20 - Quelles sont les complications qui m'inquiètent le plus ?

21 - Qu'est-ce que la maladie m'a appris sur moi-même ?

22 - De quoi aurais-je besoin pour mieux vivre avec la maladie ?

Soutien moral <input type="checkbox"/>	Amélioration des symptômes <input type="checkbox"/>	Adaptation au travail <input type="checkbox"/>	Amélioration de la fertilité <input type="checkbox"/>	Comprendre ma pathologie <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--	-----------------------------------

23 - Quel mot décrit le mieux mon sentiment concernant mon avenir avec la maladie ?

<input type="checkbox"/> Confiante	<input type="checkbox"/> En colère	<input type="checkbox"/> Frustrée	<input type="checkbox"/> Isolée	<input type="checkbox"/> Découragée	<input type="checkbox"/> Fatiguée
<input type="checkbox"/> Anxieuse	<input type="checkbox"/> Soulagée	<input type="checkbox"/> Confuse	<input type="checkbox"/> Combative	<input type="checkbox"/> Calme	

**Ateliers Nuvee : cocher les cases pour indiquer les ateliers :**

<b>Niveau 1.</b>	<input type="checkbox"/>
Tout commence par une question	<input type="checkbox"/>
<b>Niveau 2.</b>	<input type="checkbox"/>
Pas une, mais plusieurs endométrioses	<input type="checkbox"/>
L'origine de l'endométriose	<input type="checkbox"/>
Faire le diagnostic	<input type="checkbox"/>
Evolution de la maladie	<input type="checkbox"/>
Parcours de soins	<input type="checkbox"/>
Et les médicaments ?	<input type="checkbox"/>
« Je vais me faire opérer »	<input type="checkbox"/>
Il était une fois le cycle	<input type="checkbox"/>
Idées reçues sur l'endométriose	<input type="checkbox"/>
<b>Niveau 3.</b>	<input type="checkbox"/>
Une diversité de soins	<input type="checkbox"/>
Préparation pour l'opération	<input type="checkbox"/>
Adapter son alimentation ?	<input type="checkbox"/>
Bouger, mais adapter !	<input type="checkbox"/>
« J'ai mal ! »	<input type="checkbox"/>
Vivre le quotidien	<input type="checkbox"/>
Sexualité, toujours possible ?	<input type="checkbox"/>
Vouloir un enfant...	<input type="checkbox"/>
Briser le silence	<input type="checkbox"/>