

# Auto-questionnaire

Votre médecin vous a proposé de participer à un stage de réhabilitation respiratoire dans le cadre d'Aquitaine BPCO. Afin d'adapter le programme du stage à vos besoins, quelques informations nous sont nécessaires. Nous vous remercions de remplir soigneusement le présent questionnaire.

## Mes coordonnées

nom : ..... prénom : ..... date de naissance : ..... / ..... / .....  
 adresse : ..... CP : ..... ville : .....  
 téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

## Situation actuelle

je suis : ☐ retraité(e) ☐ en activité ☐ demandeur d'emploi ☐ en invalidité  
 mon métier : .....

## Suivi médical

mon médecin traitant : ..... ville : .....  
 mon pneumologue (si vous en avez un) : ..... ville : .....  
 mon cardiologue (si vous en avez un) : ..... ville : .....  
 mon kinésithérapeute (si vous en avez un) : ..... ville : .....

**1. J'ai été hospitalisé(e) ..... fois pour un problème respiratoire au cours des 12 derniers mois.**

**2. Indiquez la liste de tous vos médicaments (joignez si possible une copie de l'ordonnance complète)**

.....  
 .....  
 .....

**3. Habituellement, je suis essoufflé(e) :**

 cocher une seule case !

- ☐ pour des efforts importants (monter 2 étages).
- ☐ pour une marche rapide sur terrain plat ou une marche en légère côte.
- ☐ pour une marche sur terrain plat avec une personne du même âge.
- ☐ pour une marche sur terrain plat à mon propre pas, après quelques minutes ou une centaine de mètres
- ☐ au moindre effort (m'habiller ou me déshabiller) ou je suis trop essoufflé(e) pour sortir de chez moi.

**4. Avez-vous déjà participé à un stage de réentraînement à l'effort ?**

- ☐ non
- ☐ oui quand ? ..... où ? .....
  - ☐ j'ai réalisé la totalité du stage
  - ☐ j'ai dû interrompre le stage en raison de : ..... (hospitalisation, fatigue...)

tournez la page SVP 

## 5. Fumez-vous ?

- ☐ non, je n'ai jamais fumé
- ☐ oui, je fume depuis l'âge de ..... ans      Combien de cigarettes par jour ? .....
- ☐ j'ai fumé depuis l'âge de ..... ans et j'ai arrêté à ..... ans.      Combien de cigarettes par jour ? .....

## 6. Buvez-vous de l'alcool ? (bière, vin, apéritif, digestif...)

- ☐ non      ☐ oui : combien de verres par jour ? .....      combien de jours par semaine ? .....

## 7. Que mangez-vous ?

- ☐ à chaque repas, je mange des fruits et/ou des légumes (frais, surgelés, en conserve)
- ☐ au moins une fois par jour, je mange de la viande, de la volaille, des œufs ou du poisson
- ☐ je grignote parfois en dehors des repas

## 8. Pratiquez-vous régulièrement une activité physique ? (jardinage, marche, vélo...)

- ☐ non, je n'ai jamais pratiqué d'activité physique
- ☐ oui, je pratique une activité physique. Laquelle ? .....
- ☐ j'ai pratiqué une activité physique et j'ai arrêté à ..... ans. Laquelle ? .....  
pourquoi avez-vous arrêté ? (essoufflement, manque de temps, blessure...) ? .....

## 9. Avez-vous des questions ou des difficultés concernant votre maladie ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les données personnelles sont strictement confidentielles et ne seront pas communiquées à des tiers non membres du réseau sans votre accord écrit. Les données enregistrées à l'occasion de cette prise en charge en réseau peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé, sous réserve que seuls des éléments statistiques en soient tirés, que toutes les dispositions soient prises pour assurer la sécurité de ces informations, que votre anonymat soit strictement garanti et en particulier qu'aucun élément dans les résultats publiés ne puisse faire revenir directement ou indirectement à votre identité. Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Tout au long du processus de prise en charge, les droits du patient définis dans la loi du 4 mars 2002 seront intégralement respectés. Pour toute information complémentaire, en particulier concernant la charte d'Aquitaine BPCO, la convention constitutive ou les statuts, vous pouvez contacter directement le réseau par courrier, mail ou téléphone ou consulter le site internet du réseau (coordonnées en bas de page).

Je déclare avoir pris connaissance de la charte et du document d'information d'Aquitaine BPCO (ci-joints).  
Je donne mon accord pour être inclus dans Aquitaine BPCO.

date : ...../...../.....

signature :