



# AD

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander à un proche de vous aider à remplir ce questionnaire.

**Date de réponse**      /   / 2 0 1

*Jour                      Mois                      Année*

**Date de naissance**      /   / 1 9

*Jour                      Mois                      Année*

**MERCI DE NE PAS RAYER, DE NE PAS DÉBORDER DES CASES, D'ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR ET EN MAJUSCULES D'IMPRIMERIE.**

**Vous**

Quelle est votre taille ?    cm                      Quel est votre poids ?   kg

Actuellement, vous estimez que votre poids est :

stable     en augmentation     en diminution

Êtes-vous prise en charge à 100 % pour une affection à longue durée (ALD) ?    oui     non

Si oui :    ALD diabète     autre ALD  précisez : .....

**Votre diabète**

A quel âge avez-vous été diagnostiquée pour votre diabète ?

à l'âge de   ans     jamais     je ne sais pas

Lors de l'une de vos grossesses, un médecin vous a-t-il dit que vous faisiez un diabète gestationnel ?

oui     non     je n'ai jamais été enceinte

En général, avez-vous tendance à faire de l'hypoglycémie (faible taux de sucre dans le sang) ?

jamais     rarement     fréquemment     très fréquemment

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une (des) hypoglycémie(s) sévère(s), c'est-à-dire nécessitant l'aide d'une autre personne pour faire remonter votre taux de sucre ?    oui     non

Si oui, vous avez fait   hypoglycémie(s) au cours des 12 derniers mois

Avez-vous subi un (ou plusieurs) coma(s) diabétique(s) ?    oui     non

Si oui, vous avez subi le premier à l'âge de   ans

Dans l'ensemble, avez-vous le sentiment d'être informée sur votre diabète ?

très bien informée     plutôt bien informée     plutôt mal informée     très mal informée

Diriez-vous que vous pouvez aborder facilement les problèmes qui vous préoccupent avec votre médecin ?

tout à fait     plutôt     pas vraiment     pas du tout

*Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que : l'équipe Inserm chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies ; sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront vous être communiquées et les informations médicales, communiquées au médecin de votre choix. Si vous constatez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées ; il est possible de cesser de participer à l'étude.*

## Votre coeur et vos vaisseaux

Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez eu un accident vasculaire cérébral ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans				
Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez eu un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou de l'angine de poitrine (problème coronarien) ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans				
Avez-vous eu l'une des interventions suivantes ?				
- Pontage coronarien	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui, à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans	
- Angioplastie coronaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui, à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans	
- Pose d'un stent	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui, à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans	
- Dilatation coronaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui, à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans	
Avez-vous déjà eu un pontage d'une (ou plusieurs) artère(s) des jambes ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, vous avez eu cette intervention pour la première fois à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans				
Êtes-vous traitée, c'est-à-dire prenez-vous un (ou plusieurs) médicament(s), pour l'hypertension artérielle ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, vous avez commencé ce traitement à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans				
Êtes-vous traitée, c'est-à-dire prenez-vous un (ou plusieurs) médicament(s), pour un problème de cholestérol ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, vous avez commencé ce traitement à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans				

## Votre système digestif

Quel mot décrit le mieux votre transit intestinal habituel ?				
	normal <input type="checkbox"/>	diarrhée <input type="checkbox"/>	constipation <input type="checkbox"/>	alternance diarrhée / constipation <input type="checkbox"/>
Quelle est la fréquence de vos selles ?				
	plus d'1 fois par jour <input type="checkbox"/>	1 fois par jour <input type="checkbox"/>		
	3 à 6 fois par semaine <input type="checkbox"/>	2 fois par semaine ou moins <input type="checkbox"/>		
Depuis le diagnostic de votre diabète, ou le début de votre traitement antidiabétique, à quelle fréquence êtes-vous sujette à :				
- des constipations ?	jamais <input type="checkbox"/>	moins d'1 fois par mois <input type="checkbox"/>	1 à 3 fois par mois <input type="checkbox"/>	
	plus d'1 fois par semaine <input type="checkbox"/>			
- des diarrhées ?	jamais <input type="checkbox"/>	moins d'1 fois par mois <input type="checkbox"/>	1 à 3 fois par mois <input type="checkbox"/>	
	plus d'1 fois par semaine <input type="checkbox"/>			

## Vos reins

Un médecin vous a-t-il dit que vous souffriez d'insuffisance rénale ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, on vous l'a dit pour la première fois à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans				

## Vos reins (suite)

Êtes-vous actuellement en dialyse (séances d'épuration du sang) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, vous avez commencé les séances de dialyse à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans		
Avez-vous eu une greffe rénale ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui, à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans
Avez-vous des infections urinaires ?	jamais <input type="checkbox"/>	de temps en temps <input type="checkbox"/>	fréquemment <input type="checkbox"/>
	Si oui, vos premières infections remontent à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans		

## Vos yeux

Avez-vous définitivement perdu la vue d'un oeil ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui, à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans
Un ophtalmologiste vous a-t-il déjà fait un fond d'oeil (examen qui nécessite de mettre des gouttes dans les yeux pour dilater les pupilles, ce qui peut éblouir) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, on vous a fait un fond d'oeil : il y a moins d'1 an <input type="checkbox"/> il y a plus d'1 an <input type="checkbox"/>		
Vous a-t-on déjà fait une photographie du fond d'oeil (= examen complémentaire du fond d'oeil) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà reçu un traitement par laser pour vos yeux ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, vous avez reçu votre premier traitement par laser à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une rétinopathie (= affection qui touche la rétine) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, on vous a posé ce diagnostic pour la première fois à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans		
	A l'époque, c'était une rétinopathie :		
	non proliférante minime <input type="checkbox"/>	non proliférante modérée <input type="checkbox"/>	
	préproliférante (non proliférante sévère) <input type="checkbox"/>	proliférante <input type="checkbox"/>	
	Aujourd'hui, c'est une rétinopathie :		
	non proliférante minime <input type="checkbox"/>	non proliférante modérée <input type="checkbox"/>	
	préproliférante (non proliférante sévère) <input type="checkbox"/>	proliférante <input type="checkbox"/>	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un glaucome ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, on vous a posé ce diagnostic à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une cataracte ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, vous avez été opérée de la cataracte à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une diplopie (syndrome de double vision) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, on vous a posé ce diagnostic à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un oedème maculaire ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, on vous a posé ce diagnostic à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans		

## Vos pieds

Avez-vous actuellement (ou avez-vous déjà eu) une plaie au pied ayant duré plus d'un mois (appelé aussi mal perforant plantaire) ?

non, jamais  oui, j'ai actuellement une plaie  oui, et la plaie est guérie


Si oui, vous avez eu votre première plaie au pied à l'âge de   ans

Avez-vous été amputée :

- d'un doigt de pied ? oui  non  Si oui, à l'âge de   ans

- d'un pied ? oui  non  Si oui, à l'âge de   ans


- d'une jambe ? oui  non  Si oui, à l'âge de   ans

Avez-vous une proéminence de la tête des métatarsiens ? (oignon, cf. photo ci-contre)  oui  non

Si oui, ce problème est apparu à l'âge de   ans

Avez-vous un « Hallux Valgus » ? (une déformation du gros orteil, cf. schéma ci-contre)  oui  non

Si oui, ce problème est apparu à l'âge de   ans

Avez-vous un orteil « en marteau » ou « en griffe » ? (cf. schéma ci-contre)  oui  non

Si oui, ce problème est apparu à l'âge de   ans

Un médecin vous a-t-il dit que vous souffriez « d'artériopathie des membres inférieurs » (absence de pouls au niveau du pied) ? oui  non

Si oui, ce problème est apparu à l'âge de   ans

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous acheté, à cause de votre diabète :

- des chaussures adaptées oui  non

- des semelles orthopédiques et orthèses oui  non

## Vos dents

A quelle fréquence consultez-vous votre dentiste ?

1 fois par an ou plus  moins d'1 fois par an

uniquement en cas d'urgence ou de douleur  jamais  \*

\* Si vous avez répondu « jamais », passez la question ci-dessous.

Un dentiste vous a-t-il déjà dit que vous aviez : (âge la première fois)

- une gingivite ? oui  non  Si oui, à l'âge de   ans

- un déchaussement ? oui  non  Si oui, à l'âge de   ans

- une parodontite ? oui  non  Si oui, à l'âge de   ans

- un abcès dentaire ? oui  non  Si oui, à l'âge de   ans

## Votre sommeil

Savez-vous s'il vous arrive de ronfler ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle fréquence en moyenne ?			
au moins 3 nuits par semaine <input type="checkbox"/>		2 nuits par semaine ou moins <input type="checkbox"/>	
Savez-vous s'il vous arrive d'arrêter de respirer pendant votre sommeil ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle fréquence en moyenne ?			
au moins 3 nuits par semaine <input type="checkbox"/>		2 nuits par semaine ou moins <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà eu un enregistrement du sommeil fait à l'hôpital ou à votre domicile ?			
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui, votre 1 <sup>er</sup> enregistrement a eu lieu à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez (ou aviez eu) un « syndrome d'apnées du sommeil » ?			
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui, on vous a posé ce diagnostic à l'âge de <input type="text"/> <input type="text"/> ans	

## Vos derniers examens

**Merci de bien vouloir vous munir de vos derniers examens effectués dans un laboratoire.**

Quel est le résultat de votre dernier examen de glycémie <u>à jeun</u> , fait dans un laboratoire ?			
Glycémie à jeun :	en g/l :	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	ou en mmol/l : <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
Date de ce dosage : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/>			
Avez-vous déjà eu un test de l'hémoglobine glyquée, appelée aussi HbA1c ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, dernier résultat d'HbA1c : <input type="text"/> <input type="text"/> % (chiffre généralement compris entre 3 et 14 %)			
Date de ce dosage : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/>			
Quel est le résultat de votre dernier dosage d'albumine ou de protéine dans les urines ?			
Albuminurie :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg <u>ou</u> Rapport albuminurie / créatinine urinaire :	<input type="text"/> <input type="text"/> %
Date de ce dosage : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/>			
Protéinurie :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg <u>ou</u> Rapport protéinurie / créatinine urinaire :	<input type="text"/> <input type="text"/> %
Date de ce dosage : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/>			
Je n'ai jamais effectué ce type d'analyse <input type="checkbox"/>			
Avez-vous déjà eu un test de votre débit de filtration glomérulaire (DFG) ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, dernier résultat de DFG (ou eDFG) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml/min/1,73 m <sup>2</sup>			
Date de ce dosage : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/>			

## Vos traitements pour le diabète

Êtes-vous actuellement traitée pour un diabète ?

	oui, par injections d'insuline et comprimés <input type="checkbox"/>	
	oui, par injections d'insuline uniquement <input type="checkbox"/>	oui, par comprimés uniquement <input type="checkbox"/>
	oui, par injections d'un GLP-1 (Byetta®, Victoza®, Lyxumia®...) et comprimés <input type="checkbox"/>	
	oui, par injections d'un GLP-1 (Byetta®, Victoza®, Lyxumia®...) uniquement <input type="checkbox"/>	
	non, mais j'ai adopté un régime alimentaire adapté <input type="checkbox"/>	non, je ne suis pas traitée <input type="checkbox"/>

Si vous avez un traitement par injections, vous l'avez commencé à l'âge de   ans

Si vous avez un traitement par comprimés, vous l'avez commencé à l'âge de   ans

Si vous avez adopté un régime alimentaire adapté, vous l'avez débuté à l'âge de   ans

On peut surveiller son diabète chez soi en utilisant un lecteur de glycémie. C'est un petit appareil qui utilise une goutte de votre sang prélevée au bout d'un de vos doigts pour mesurer votre taux de sucre. Utilisez-vous cet appareil à votre domicile ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Si oui, combien de fois mesurez-vous votre glycémie en moyenne ?

glycémies par jour ou   glycémies par semaine ou   glycémies par mois

<b>En général, vous sentez-vous capable, seule ou avec l'aide de votre entourage :</b>	tout à fait	plutôt	pas vraiment	pas du tout	non concernée
- de gérer la prise de vos médicaments (comprimés pour le diabète ou insuline) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'adapter votre alimentation selon les conseils donnés pour votre diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- d'adapter votre activité physique selon les conseils donnés pour votre diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de surveiller votre diabète (avec l'aide d'un appareil d'auto-mesure de la glycémie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vivre avec le diabète

Comment voyez-vous l'avenir avec votre diabète ?

avec une grande confiance  avec confiance  avec inquiétude  avec une grande inquiétude

Êtes-vous satisfaite du soutien que vous recevez de la part de votre entourage (époux, compagnon, partenaire, famille, amis) à propos de votre diabète ?

tout à fait  plutôt  pas vraiment  pas du tout  je n'ai pas besoin d'aide

Êtes-vous membre d'une association de patients diabétiques ?

oui  non

Si oui, laquelle ? Nom : .....

Faites-vous partie d'un réseau de soins aux diabétiques ?

oui  non

Si oui, lequel ? Nom : .....

## Votre état de santé (cochez ce que vous ressentez)

Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est :

excellente <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	médiocre <input type="checkbox"/>	mauvaise <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

bien meilleur que l'an dernier <input type="checkbox"/>	plutôt meilleur <input type="checkbox"/>	à peu près pareil <input type="checkbox"/>
plutôt moins bon <input type="checkbox"/>	beaucoup moins bon <input type="checkbox"/>	

**Voici une liste d'activités que vous pourriez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes gênée en raison de votre état de santé actuel.**

	oui, très gênée	oui, un peu gênée	non, pas du tout gênée
- efforts physiques importants (courir, soulever un objet lourd, faire du sport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- soulever et porter les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- monter un étage par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- marcher plus d'un kilomètre à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- marcher plusieurs centaines de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- marcher une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prendre un bain, une douche ou s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :**

	oui	non
- avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveuse ou déprimée) :**

	oui	non
- avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique ou émotionnel vous a-t-il gênée dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

pas du tout <input type="checkbox"/>	un petit peu <input type="checkbox"/>	moyennement <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	énormément <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'importance de vos 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"/>
--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

## Votre état de santé (suite)

Au cours de ces 4 dernières semaines, vos douleurs vous ont-elles gênée dans votre travail ou vos activités domestiques ?

	pas du tout <input type="checkbox"/>	un petit peu <input type="checkbox"/>	moyennement <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	énormément <input type="checkbox"/>			
<b>Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :</b>			en permanence	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
- vous vous êtes sentie dynamique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie très nerveuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie calme et détendue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie triste et abattue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie épuisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie bien dans votre peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie fatiguée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gênée dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

	tout le temps <input type="checkbox"/>	une bonne partie du temps <input type="checkbox"/>	de temps en temps <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>	jamais <input type="checkbox"/>			
<b>Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :</b>				tout à fait vrai	plutôt vrai	ne sais pas	plutôt faux	faux
- je tombe malade plus facilement que les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je me porte aussi bien que n'importe qui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je m'attends à ce que ma santé se dégrade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je suis en bonne santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vos médicaments (l'ensemble de vos médicaments pour le diabète ou autre)

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre un ou plusieurs médicaments ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il d'être en panne d'un ou plusieurs médicaments ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il de prendre vos médicaments avec du retard par rapport à l'heure habituelle ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il de ne pas prendre vos médicaments parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Combien de comprimés par jour prenez-vous ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Avez-vous rempli ce questionnaire ?	seule <input type="checkbox"/>	avec un membre de votre famille <input type="checkbox"/>	
	avec un ami <input type="checkbox"/>	avec un infirmier (ou personnel médical) <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>