



COMITE INTERFACE COMPRESSION de la SFMV

Intégration du traitement compressif dans la vie quotidienne

Auto-questionnaire pour patients atteints d'affections veineuses chroniques

Ce questionnaire a pour objectif de comprendre quelles sont les motivations qui vous aident et les difficultés que vous rencontrez pour porter vos bas de compression médicale. Vous devez le remplir seul en vous exprimant avec vos propres mots, comme vous le sentez : ce sont vos perceptions et vos avis que nous souhaitons connaître. Nous vous remercions de votre aide précieuse !

A remplir par le médecin :

Date : _____ (jj/mm/aa) Patient N° : _____ * Patient : _____ (les 3 1ères lettres du nom)

** Merci de reporter le même numéro que sur la fiche médecin remplie en ligne.*

Sexe : F M Département : _____ Date de naissance : _____ (jj/mm/aaaa)

1. Comment vivez-vous le port de vos bas de compression : Est-ce pour vous une habitude acquise qui ne vous pose plus de problème, ou au contraire cela reste-t-il difficile et vous demande des efforts, peut-être même vous êtes-vous découragé de les porter ? **Comment vous situez-vous vis-à-vis de ce traitement ?**

2. Lorsque vous portez vos bas de compression, ressentez-vous une amélioration de votre confort au niveau des jambes, ou au contraire vous sentez-vous moins bien, ou y-a-t-il à la fois des choses qui vont mieux et d'autres moins bien ? Lesquelles ?

3. Quelles sont les 3 principales motivations qui vous encouragent à porter vos bas de compression ?

4. Quels sont les 3 principales difficultés qui vous gênent pour les porter régulièrement ?

5. Qu'est-ce qui vous a le plus aidé à mettre en route et à adapter votre traitement compressif au début ?

6. Quel type d'aide ou d'information auriez-vous aimé trouver au moment de la mise en route du traitement ?
