



QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Ce questionnaire a pour but d'évaluer le retentissement de votre insuffisance cardiaque sur votre alimentation et sur votre vie au quotidien.

Nous vous remercions vivement de le remplir du mieux que vous le pourrez, en cochant les cases « » vous correspondant le plus ou en écrivant dans les espaces réservés en pointillés « ».

À PROPOS DE VOUS...

Votre département de résidence :

Votre âge : ans

Votre sexe : Homme Femme

Votre poids : kg **Votre taille :** cm

Vous pesez- vous ?

Non Tous les jours

Une fois par semaine Une fois par mois

Vous-a-t-on proposé une ou plusieurs séances d'éducation thérapeutique ?

Oui Non

Si oui, l'avez vous suivi ?

Oui Non

Quelle est votre activité actuelle ?

Étudiant

Retraité

Demandeur d'emploi (*au chômage*)

Sans emploi

Travailleur (*avec un emploi*)

Arrêt de travail

Avez-vous perdu du poids ces 6 derniers mois ?

Oui, si oui, combien :

Non

Votre profession habituelle (ou avant la retraite) ?

Agriculteur

Profession libérale

Cadre

Ouvrier

Employé

Technicien supérieur

Autre :

Fumez vous ?

Oui, **si oui**, nombre de cigarettes par jour :

Non

Où vivez-vous ?

Ville

Campagne

Avez-vous été hospitalisé pour une décompensation cardiaque au cours des 12 derniers mois ?

Oui

Non

Ne sait pas

Quel est votre niveau d'études ?

Sans diplôme

Certificat d'études (*fin de collège*)

CAP ou BEP

Baccalauréat

Études supérieures

Où ce questionnaire vous a-t-il été remis ?

En consultation ou en hôpital de jour

En réadaptation

En unité de soins intensifs

En hospitalisation classique

En dehors de l'hôpital

Quelle est votre prise en charge sociale ?

Sécurité Sociale

À 100 % (*ALD : Affection de Longue Durée*)

Mutuelle

CMU (*Couverture Maladie Universelle*)

Pas de prise en charge sociale

Autre :

Votre insuffisance cardiaque est responsable :

D'aucun symptôme, aucune limitation de vos activités habituelles

De symptômes à l'effort, sans limitation des activités habituelles

De symptômes à l'effort, limitant l'activité habituelle au repos ou lorsque je suis allongé (*essoufflement*)

Vivez-vous ?

Seul En couple

En famille

En maison de retraite ou collectivité

Avez-vous ?

Un chien

Un chat

☐ VOTRE MALADIE DU COEUR...

Les phrases ci-dessous décrivent différents types d'atteintes dont peuvent souffrir certaines personnes.

Si vous êtes sûr que ce que décrit **la phrase ne s'applique pas à vous** ou n'est pas lié à votre insuffisance cardiaque, **entourez le 0 (Non)** et passez à la phrase suivante. Lorsqu'au contraire vous considérez que la phrase s'applique à votre cas, **entourez le chiffre qui vous paraît le mieux correspondre à votre état** (de 1 pour « un peu » à 5 pour « énormément »).

Attention, rappelez-vous de ne considérer que les 4 semaines qui viennent de passer !

Au cours des 4 dernières semaines, votre insuffisance cardiaque vous a-t-elle empêché de vivre comme vous l'auriez voulu ?

En faisant enfler vos chevilles, vos jambes... ? Non = 0 1 2 3 4 5

En rendant difficiles vos activités habituelles à la maison, au jardin ? Non = 0 1 2 3 4 5

En rendant difficiles les relations ou les activités avec vos amis ou votre famille ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous obligeant à vous asseoir ou à vous allonger pour vous reposer pendant la journée ? Non = 0 1 2 3 4 5

En provoquant chez vous de la fatigue, de la lassitude ou un manque d'énergie ? Non = 0 1 2 3 4 5

En rendant difficile de gagner sa vie ? Non = 0 1 2 3 4 5

En rendant difficile pour vous la marche ou la montée d'escalier ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous rendant essoufflé ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous empêchant de bien dormir la nuit ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous obligeant à vous limiter sur vos plats préférés ? Non = 0 1 2 3 4 5

En rendant difficile vos déplacements hors de chez vous ? Non = 0 1 2 3 4 5

En rendant difficile votre vie sexuelle ? Non = 0 1 2 3 4 5

En rendant difficile vos loisirs, la pratique de sports ou de vos passe-temps favoris ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous empêchant de vous concentrer ou en vous rendant difficile de vous rappeler certaines choses ? Non = 0 1 2 3 4 5

En provoquant chez vous des effets indésirables liés aux médicaments ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous rendant soucieux, préoccupé ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous rendant déprimé ? Non = 0 1 2 3 4 5

En occasionnant des dépenses supplémentaires ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous donnant le sentiment d'être moins le maître de ce qui vous arrive ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous obligeant à faire des séjours à l'hôpital ? Non = 0 1 2 3 4 5

En vous donnant l'impression d'être une charge ou un fardeau pour votre famille ou vos amis ? Non = 0 1 2 3 4 5

VOS REPAS...

Qui fait les courses pour vos repas ?
(Une seule réponse possible)

- Moi
- Mon conjoint
- Famille
- Voisins
- Aide-ménagère
- Livraison à domicile

Qui cuisine principalement chez vous pour déjeuner ? (Une seule réponse possible)

- Moi
- Mon conjoint
- Maison de retraite ou collectivité
- Aide-ménagère
- On me livre les repas (*mairie ou autres...*)
- Je mange principalement au restaurant ou chez des amis

Si vous ne faites pas vous-même vos courses, précisez pourquoi ? (Une seule réponse possible)

- Mon état de santé ne me permet pas de sortir
- Je n'ai pas de commerce à proximité
- Mon conjoint s'occupe des courses
- Je ne peux pas porter les courses
- Par habitude, je ne m'occupe pas de mes courses

Qui cuisine principalement chez vous pour dîner ? (Une seule réponse possible)

- Moi
- Mon conjoint
- Maison de retraite ou collectivité
- Aide-ménagère
- On me livre les repas (*mairie ou autres...*)
- Je mange principalement au restaurant ou chez des amis

VOTRE ALIMENTATION AU QUOTIDIEN

Cuisinez-vous les plats « maison » avec du sel ?

- Oui Non

Ajoutez-vous du sel dans les plats cuisinés du commerce (*traiteur, industriel restaurant...*) ?

- Oui Non

Rajoutez-vous du sel à table ?

- Oui Non

Ajoutez-vous des condiments (*moutarde, ketchup, olives, bouillon Kub...*) ?

- Oui Non

Consommez-vous du pain ?

- Oui, si oui Sans sel ou Normal Non

Si oui, quelle quantité de pain consommez-vous par jour ?

- Rarement 1/4 baguette (*ou 60 g de pain*) 1/2 baguette (*ou 120 g de pain*)
 3/4 baguette (*ou 160 g de pain*) 1 baguette (*ou 250 g de pain*) Plus d'1 baguette

Consommez-vous des biscottes ?

- Oui, si oui Sans sel ou Normal Non

Si oui, combien de biscottes consommez-vous par jour ?

- 1 2 3 4 5 6 7 8

Consommez-vous du pain de mie ?

- Oui, si oui Sans sel ou Normal Non

Si oui, combien de tranches de pain de mie consommez-vous par jour ?

- 1 2 3 4 5 6 7 8

Consommez-vous des laitages (*yaourt, fromage blanc, petits-suisseurs...*) ?

- Oui Non

Consommez-vous du fromage ?

- Jamais ou très rarement 1 à 2 fois par semaine 1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois par jour

Chaque morceau de fromage a la taille de :

- 1/8 camembert (*30 g*) 1/6 camembert (*40 g*) 1/4 camembert (*60 g*) 1/2 camembert (*120 g*)

Consommez-vous des charcuteries (*jambon, saucisson, pâté, merguez, saucisses...*) ?

- Jamais ou très rarement 1 à 2 fois par mois 1 fois par semaine 2 fois par semaine Plus souvent

Consommez-vous des fruits de mer (*crevettes, moules, huîtres, crabe...*) ?

- Jamais ou très rarement 1 à 2 fois par mois 1 fois par semaine 2 fois par semaine Plus souvent

Consommez-vous des aliments en conserves (*boîtes métalliques ou bocaux de verre : légumes, sardines, raviolis...*) ?

- Jamais ou très rarement 1 à 2 fois par mois 1 fois par semaine 2 fois par semaine Plus souvent

Consommez-vous des plats cuisinés du commerce (*conserves, surgelés ou traiteur : quiches, pizzas, couscous, poêlées de légumes...*) ?

- Jamais ou très rarement 1 à 2 fois par mois 1 fois par semaine 2 fois par semaine Plus souvent

Consommez-vous du potage en brique ou en sachet ?

- Jamais ou très rarement 1 à 2 fois par mois 1 fois par semaine 2 fois par semaine Plus souvent

Consommez-vous des amuse-gueules (*olives, chips, biscuits apéritifs, cacahuètes...*) ?

- Jamais ou très rarement 1 à 2 fois par mois 1 fois par semaine 2 fois par semaine Plus souvent

À combien évaluer vous vos apports hydriques (*eau, café, vin, potage, c'est-à-dire tout liquide...*) par jour ?

- ½ litre ou moins Environ ¾ de litre Environ 1 litre Environ 1,5 litre
 Environ 1,75 litre Environ 2 litres Ne sait pas

Consommez-vous de l'eau gazeuse ?

- Oui, si oui, laquelle : Non

Quelle quantité ?

- Inférieur à ½ litre ½ litre
 1 litre Supérieur à 1 litre

LES RECOMMANDATIONS POUR VOTRE ALIMENTATION...

Vous a-t-on recommandé un régime pauvre en sel (*contrôle de votre consommation de sel*) ?

- Oui Non

→ Si oui, qui vous a recommandé ce régime ?

- Votre médecin généraliste Votre cardiologue Votre diététicien
 Votre infirmier, si oui, dans quel cadre : Cordiva Prado Libéral Hospitalier

Quelle est cette recommandation du régime pauvre en sel ?

- Très stricte : à moins de 3 g par jour Stricte : entre 3 et 6 g de sel par jour
 Peu salée : environ 6 g de sel par jour Normale : à plus de 6g par jour
 Je ne sais pas Je ne l'ai pas comprise

→ Si oui, suivez-vous cette recommandation ?

- Oui, tout le temps Le plus souvent Parfois Non Je ne veux pas répondre

Où avez-vous reçu les informations diététiques concernant le régime pauvre en sel ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- À l'hôpital, en consultation individuelle À l'hôpital, en atelier de groupe
 En consultation de ville, si oui, était-ce : Votre cardiologue Votre médecin traitant Votre diététicien
 Votre infirmier, si oui, dans quel cadre : Cordiva Prado Libéral Hospitalier
 Je ne sais plus On ne me l'a pas expliqué

Vous a-t-on recommandé de limiter vos apports hydriques ?

- Oui Non

Quelle est cette recommandation ?

- ½ litre par jour ou moins Environ ¾ de litre Environ 1 litre
 Environ 1,75 litre Environ 2 litres Je ne sais pas

→ Si oui, suivez-vous cette recommandation ?

- Oui, tout le temps Le plus souvent Parfois Non Je ne veux pas répondre

Vous a-t-on recommandé de contrôler votre consommation de sucre ?

- Oui Non

→ Si oui, suivez-vous cette recommandation ?

- Oui, tout le temps Le plus souvent Parfois Non Je ne veux pas répondre

Vous a-t-on recommandé de contrôler votre consommation de graisse ?

- Oui Non

→ Si oui, suivez-vous cette recommandation ?

- Oui, tout le temps Le plus souvent Parfois Non Je ne veux pas répondre

VOUS ET VOTRE RÉGIME SODÉ (PAUVRE EN SEL)

Que vous suiviez ou non un régime pauvre en sel, merci de répondre spontanément aux questions suivantes en tenant compte à chaque fois de votre propre situation, vis à vis de vos consommations en sel (*apports sodés*).

	Ne me concerne pas	Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
... Je suis obligé de me limiter sur mes plats préférés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Mon appétit est diminué		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Chacun de mes repas est un moment difficile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Prendre un repas en dehors de chez moi est compliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Faire les courses alimentaires est compliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Cela provoque des dépenses supplémentaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... J'ai l'impression d'être une charge ou un fardeau pour les personnes qui préparent mes repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Cela rend difficiles les relations ou les activités avec mes amis ou ma famille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Cela rend difficiles mes loisirs (<i>passer-temps favoris, sport...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Cela m'empêche de partir en voyage, en vacances...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Cela provoque chez moi de la fatigue, de la lassitude ou un manque d'énergie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Cela est compliqué à gérer dans le cadre de mon activité professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Cela me rend déprimé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Cela aggrave mon état de santé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSE

Avez-vous participé à :

- Programme d'éducation thérapeutique
- Programme Cordiva (*télé-surveillance & suivi téléphonique structure*)
- Programme Prado
- Autre :
- Aucun

POUR FINIR...

Possédez-vous une connexion internet ? Oui Non

Avez-vous une adresse email ? Oui Non

Avez-vous un smartphone, vous permettant de télécharger des applications ? Oui Non

*Je confirme avoir librement rempli ce questionnaire :
mon médecin m'a donné toutes les informations pertinentes et m'a garanti mon anonymat.*

***Les comités de l'étude OFICSel,
vous remercient d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !***