

Questionnaires
SIMULATION

Case Report

1

Questionnaires Patiente

AVANT (ou APRES*) la simulation

- 01 H.A.D.S.
- 02 Questionnaire du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé
- 03 Echelle de contrôle des émotions
- 04 Questionnaire de soutien social perçu
- 05 Questionnaire de capacité à communiquer au sujet de la maladie avec les intervenants médicaux
- 06 Importance accordée aux dimensions associées à la RT
- 07 Aide souhaitée de la part de l'équipe de RT (pratique, informations, soutien)
- 08 Questionnaire sociodémographique, de médication et d'aide psychologique (*)
- 09 Questionnaire de coping (*)
- 010 Questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ-C30 et EORTC QLQ-BR 23 (*)
- 011 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la simulation

- 012 VAS état émotionnel de la patiente

Questionnaire Médecin

- 013 Questionnaire d'informations médicales

Etude de la communication des membres de l'équipe de radiothérapie avec les patientes atteintes d'un cancer du sein

Madame,

Avec le soutien du FNRS, nous menons actuellement un vaste programme de recherche interuniversitaire consacré à la communication soignant-soigné au sein des équipes de radiothérapie, visant à évaluer l'impact d'un module de formation à la communication et au travail interdisciplinaire.

Dans ce but, différents questionnaires sont présentés aux patientes atteintes d'un cancer du sein ayant reçu l'indication d'une radiothérapie et qui ont accepté de participer à l'étude. Ces questionnaires sont administrés à différents moments du traitement (avant la simulation, lors de la première semaine et de la dernière semaine du traitement).

De plus, l'étude inclut un enregistrement sonore intégral des communications entre les patientes et les membres de l'équipe, le jour de la simulation, la première semaine et la dernière semaine du traitement.

En signant le document ci-joint, vous acceptez de participer à cette recherche, en vous engageant à remplir ces différents questionnaires et en acceptant la procédure d'enregistrement de vos entretiens avec l'équipe médicale. Nous vous garantissons la **confidentialité** pour les réponses que vous apporterez aux questionnaires ainsi que pour le contenu de ces entretiens, ainsi que **l'anonymat le plus complet** pour toutes les informations récoltées dans le cadre de cette étude. Toutes les données feront l'objet d'un traitement strictement anonyme et ne seront en aucun cas transmises aux membres de l'équipe soignante. Nous nous engageons à respecter les lois belges du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, du 22 août 2002 relative aux droits du patient et du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le fait de participer ou non à cette recherche ne modifiera en rien la qualité des soins qui vous seront apportés. Enfin, vous pouvez décider de mettre fin à votre participation et aux enregistrements audio dès que vous le désirerez.

Pour toute question concernant le programme de recherche et ses implications, nous restons à votre entière disposition.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce document et au programme de recherche auquel il se rapporte, nous vous prions d'accepter, Madame, l'expression de nos plus vifs remerciements.

Pr. D. Razavi
(02/541.35.22)

Consentement éclairé du patient

On m'a bien expliqué et j'ai bien compris :

1. ce que l'étude implique (enregistrement audio de 11 séances et recueil de données personnelles à partir de questionnaires) ;
2. le complet anonymat qui entoure mes réponses aux questionnaires
3. le complet anonymat qui entoure l'enregistrement
4. que je peux arrêter de répondre aux questionnaires ou mettre fin à l'enregistrement à tout moment;
5. que si j'arrête prématurément ma participation, cela n'influencera en rien ma prise en charge médicale actuelle et future.
6. que je peux, si je le désire, obtenir une copie des questionnaires que j'ai complété une fois ma participation à l'étude terminée.

C'est donc en connaissance de cause que je donne mon accord pour participer à cette étude.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du participant : _____

Nom du participant : _____

Document strictement confidentiel

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.



17489

CONFIDENTIEL



Recrutement de la patiente

La patiente :

- | | Vrai | Faux |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ses coordonnées sont communiquées par le médecin | ☐ | ☐ |
| 2. est joignable | ☐ | ☐ |
| 3. présente un premier cancer du sein (peut avoir un autre cancer) et ne présente pas de métastase à distance | ☐ | ☐ |
| 4. doit recevoir un premier cycle de rayons (jamais subi de radiothérapie) | ☐ | ☐ |
| 5. sait qu'elle a un cancer | ☐ | ☐ |
| 6. est âgée d'au moins 18 ans | ☐ | ☐ |
| 7. maîtrise suffisamment la langue française | ☐ | ☐ |
| 8. ne présente pas de troubles cognitifs | ☐ | ☐ |

Si vous répondez "Non" à l'une des questions ci-dessus, la patiente n'est pas éligible.

La patiente a-t-elle accepté de participer à l'étude ?

Oui	Non
☐	☐

Si elle refuse, quels sont les motifs de son refus :

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. elle refuse d'être enregistrée | ☐ | ☐ |
| 2. elle refuse de répondre aux questionnaires | ☐ | ☐ |
| 3. elle ne se sent pas émotionnellement capable de participer à l'étude | ☐ | ☐ |
| 4. elle ne se sent pas physiquement capable de participer à l'étude | ☐ | ☐ |
| 5. elle ressent l'étude comme une violation de sa vie privée | ☐ | ☐ |
| 6. elle n'est pas intéressée de participer à une étude | ☐ | ☐ |
| 7. autre(s): spécifiez _____ | ☐ | ☐ |

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

A

1 b



6666

CONFIDENTIEL

Avant la simulation

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--



H.A.D.S.

Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce **que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je suis tendu(e) :

- ☐ La plupart du temps
☐ Très souvent
☐ De temps en temps
☐ Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Pas autant
☐ Un peu seulement
☐ Presque pas du tout

3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver :

- ☐ Oui, très nettement
☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
☐ Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- ☐ Autant que par le passé
☐ Plus autant maintenant
☐ Vraiment moins qu'avant
☐ Plus du tout

5. Je me fais du souci :

- ☐ Très souvent
☐ Assez souvent
☐ De temps en temps
☐ Parfois

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
---	-----	-----	---------	-------	--------

☐	☐	☐	☐	☐	☐
					01

A

2



6666



H.A.D.S.

6. Je suis de bonne humeur :

- ☐ Jamais
- ☐ Pas souvent
- ☐ Parfois
- ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester assis(e) et me sentir décontracté(e) :

- ☐ Oui
- ☐ En général
- ☐ Pas souvent
- ☐ Jamais

8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite :

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Pas du tout

9. J'éprouve des sensations de peur :

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- ☐ Oui, beaucoup
- ☐ Assez
- ☐ Pas beaucoup
- ☐ Jamais

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
☐	☐	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
					01

A	3
---	---



H.A.D.S.

12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses :

- ☐ Autant qu'auparavant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision :

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Peu souvent
- ☐ Très rarement

T	Eq.	IN	Patient	Eval.	Quest.
					01

A	4
---	---



59709

CONFIDENTIAL

Avant la simulation

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--



Questionnaire du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé

Cette feuille comporte 18 phrases qui parlent de la santé. On vous demande d'indiquer dans quelle mesure ces phrases correspondent à votre façon de penser et d'agir. Vous avez 6 possibilités de réponse pour chaque phrase. Plus vous estimez que la phrase correspond à votre personne, plus vous cochez la case du côté vrai; plus vous estimez qu'elle ne correspond pas à vous-même, plus vous cochez du côté faux.

[illegible]

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
					02

A 5





FAUX FAUX FAUX VRAI VRAI VRAI

14. Lorsque je guéris, c'est habituellement parce que d'autres personnes (docteurs, infirmières, famille, amis) ont bien pris soin de moi.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. Quoi que je fasse, je suis susceptible de tomber malade.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. Lorsque je deviens malade, c'est le fait du destin.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17. Si je prends des précautions, je peux rester en bonne santé.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18. Suivre à la lettre les conseils du médecin, c'est pour moi la meilleure façon de rester en bonne santé.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0 2

A

6



60231

CONFIDENTIEL

Avant la simulation

/ / 20



Echelle de contrôle des émotions

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **généralement**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre des propositions et cochez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

Quand je suis en colère :

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je reste calme.	☐	☐	☐	☐
2. Je refuse de discuter ou de dire quoi que ce soit.	☐	☐	☐	☐
3. Je retiens, j'étouffe ma colère.	☐	☐	☐	☐
4. Je dis ce que je ressens.	☐	☐	☐	☐
5. J'évite de faire une scène, de crier.	☐	☐	☐	☐
6. J'étouffe, je retiens mes sentiments.	☐	☐	☐	☐
7. Je cache mon chagrin, mon ennui.	☐	☐	☐	☐

Quand je suis triste, déprimée :

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je refuse de dire quoi ce soit sur ma tristesse.	☐	☐	☐	☐
2. Je cache ma tristesse.	☐	☐	☐	☐
3. Je garde un air ou une mine confiante et assurée.	☐	☐	☐	☐
4. Je reste calme.	☐	☐	☐	☐
5. Je montre aux autres ce que je ressens.	☐	☐	☐	☐
6. Je retiens mes sentiments.	☐	☐	☐	☐
7. Je retiens ma tristesse.	☐	☐	☐	☐

Quand je suis inquiète, anxieuse :

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je laisse voir aux autres ce que je ressens.	☐	☐	☐	☐
2. Je reste calme.	☐	☐	☐	☐
3. Je refuse de dire quoi que ce soit sur mon inquiétude.	☐	☐	☐	☐
4. Je dis aux autres combien je suis inquiète.	☐	☐	☐	☐
5. Je dis ce que je ressens.	☐	☐	☐	☐
6. J'étouffe, je retiens mon inquiétude.	☐	☐	☐	☐
7. Je retiens mes sentiments.	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						03
--	--	--	--	--	--	----

A	7
---	---



Questionnaire de soutien social disponible extérieur au service de radiothérapie

Nous nous intéressons aux personnes qui font partie de votre entourage. Pour chaque question veuillez indiquer en cochant la case "oui" ou "non" si les personnes indiquées peuvent vous soutenir si vous en avez besoin.

1. **Si vous en avez besoin**, quelle(s) personne(s) extérieure(s) au service de radiothérapie peu(ven)t actuellement s'occuper de vous et vous aider pratiquement (soutien pratique) ?

	Oui	Non		Oui	Non
Conjoint/partenaire.....	☐	☐	Médecin généraliste.....	☐	☐
Père/mère.....	☐	☐	Médecin spécialiste.....	☐	☐
Frère(s)/soeur(s).....	☐	☐	Psychiatre.....	☐	☐
Enfant(s).....	☐	☐	Psychologue.....	☐	☐
Ami(e)(s).....	☐	☐	Assistant(e) social(e).....	☐	☐
Connaissance(s).....	☐	☐	Kinésithérapeute.....	☐	☐
Collègue(s).....	☐	☐	Aide ménagère	☐	☐
Autre(s) proche(s).....	☐	☐	Autre(s) professionnel(s).....	☐	☐

2. **Si vous en avez besoin**, quelle(s) personne(s) extérieure(s) au service de radiothérapie peu(ven)t actuellement vous donner des informations, des conseils, des suggestions(soutien informationnel) ?

	Oui	Non		Oui	Non
Conjoint/partenaire.....	☐	☐	Médecin généraliste.....	☐	☐
Père/mère.....	☐	☐	Médecin spécialiste.....	☐	☐
Frère(s)/soeur(s).....	☐	☐	Psychiatre.....	☐	☐
Enfant(s).....	☐	☐	Psychologue.....	☐	☐
Ami(e)(s).....	☐	☐	Assistant(e) social(e).....	☐	☐
Connaissance(s).....	☐	☐	Kinésithérapeute.....	☐	☐
Collègue(s).....	☐	☐	Aide ménagère	☐	☐
Autre(s) proche(s).....	☐	☐	Autre(s) professionnel(s).....	☐	☐

3. **Si vous en avez besoin**, quelle(s) personne(s) extérieure(s) au service de radiothérapie peu(ven)t actuellement vous écouter et vous réconforter (soutien émotionnel) ?

	Oui	Non		Oui	Non
Conjoint/partenaire.....	☐	☐	Médecin généraliste.....	☐	☐
Père/mère.....	☐	☐	Médecin spécialiste.....	☐	☐
Frère(s)/soeur(s).....	☐	☐	Psychiatre.....	☐	☐
Enfant(s).....	☐	☐	Psychologue.....	☐	☐
Ami(e)(s).....	☐	☐	Assistant(e) social(e).....	☐	☐
Connaissance(s).....	☐	☐	Kinésithérapeute.....	☐	☐
Collègue(s).....	☐	☐	Aide ménagère	☐	☐
Autre(s) proche(s).....	☐	☐	Autre(s) professionnel(s).....	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

0

4



61428

CONFIDENTIEL

Avant la simulation

 /
 /

2

0



Communiquer au sujet de la maladie avec les intervenants médicaux

Nous nous intéressons à la façon dont vous communiquez au sujet de votre maladie avec les intervenants médicaux : médecins, infirmier(ère)s, accueillant(e)s. Pour chaque proposition, veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation sur une échelle allant de "Pas du tout capable" à "Tout à fait capable".

	Pas du tout capable				Tout à fait capable
	1	2	3	4	5
1. Je me sens capable d'entamer une discussion avec des intervenants médicaux au sujet de ma maladie ou de mon traitement.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je me sens capable d'entamer une discussion avec des intervenants médicaux au sujet de mes sentiments ou de mes préoccupations concernant ma maladie ou mon traitement.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me sens capable d'entamer une discussion avec des intervenants médicaux concernant d'autres préoccupations que celles liées à ma maladie ou à mon traitement.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je me sens capable d'entamer une discussion avec des intervenants médicaux au sujet de mon anxiété concernant ma maladie ou mon traitement.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Je me sens capable d'entamer une discussion avec des intervenants médicaux au sujet de ma tristesse concernant ma maladie ou mon traitement.	☐	☐	☐	☐	☐

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

05

A

9



63511

CONFIDENTIEL

Avant la simulation

 /
 /

2

0



Importance accordée aux dimensions associées à la radiothérapie

Nous nous intéressons à l'importance que vous accordez aux différentes dimensions associées à la radiothérapie. Pour chaque phrase, indiquez sur l'échelle allant de "Sans importance" à "Très important" le degré d'importance que vous lui accordez en cochant la case appropriée.

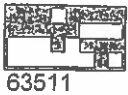
Concernant votre traitement à venir de radiothérapie, quelle importance accordez-vous aux dimensions ci-dessous au niveau des médecins :

	Sans importance	Peu important	Moyennement important	Important	Très important
	1	2	3	4	5
1. Leur connaissance et leur expérience de ma maladie sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Le traitement et le suivi médical fournis sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
3. L'attention accordée à mes problèmes physiques est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Leur disponibilité à écouter l'ensemble de mes préoccupations est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
5. L'intérêt porté à ma personne est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Le réconfort et le soutien apportés sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Les informations fournies sur ma maladie sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Les informations fournies sur mes examens médicaux sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Les informations fournies sur mes traitements sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Leur ponctualité à la consultation est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Le temps consacré durant leur consultation est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
					0
					6

A

10



63511



Concernant votre traitement à venir de radiothérapie, quelle importance accordez-vous aux dimensions ci-dessous au niveau des infirmier(ère)s/technologues :

	Sans importance	Peu important	Moyennement important	Important	Très important
	1	2	3	4	5
12. La manière dont ils m'accueillent pour le traitement est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
13. La manière dont ils pratiquent le traitement (placement sous la machine...) est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
14. L'attention accordée à mon confort physique est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
15. L'intérêt porté à ma personne est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Le réconfort et le soutien apportés sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Leurs qualités humaines (politesse, respect, sensibilité, gentillesse, patience, ...) sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Les informations fournies sur mes examens médicaux sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Les informations fournies sur mes soins sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Les informations fournies sur mon traitement sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
21. La rapidité de réponse à mes demandes particulières est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Le temps consacré est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐





63511

Avant la simulation

CONFIDENTIEL



Concernant votre traitement à venir de radiothérapie,
quelle importance accordez-vous aux dimensions
ci-dessous au niveau des services et de l'organisation :

	Sans importance	Peu important	Moyennement important	Important	Très important
	1	2	3	4	5
23. La facilité d'identifier le médecin responsable de ma prise en charge est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
24. La cohérence des informations entre les membres du personnel soignant est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
25. L'échange d'informations avec les services extra-hospitaliers (médecin traitant, soins à domicile, maison de repos, ...) est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
26. La gentillesse et la serviabilité du personnel d'accueil, du secrétariat médical, des agents de service ..., sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Les informations fournies sur l'organisation des examens, du traitement ou des soins sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Les informations fournies sur l'ensemble des services disponibles (service social, psychologique, diététique, ...) sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
29. La facilité avec laquelle vous pouvez joindre le service par téléphone est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Le délai d'attente pour obtenir une rendez-vous de consultation médicale est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
31. La rapidité d'exécution des examens et/ou des traitements est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
32. L'accessibilité (parking, moyens de transport, ...) est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
33. La facilité de s'orienter vers les différents services est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
34. L'environnement de l'établissement (propreté, espace, calme,...) est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐

Concernant votre traitement à venir de radiothérapie,
quelle importance accordez-vous aux dimensions
ci-dessous au niveau du personnel d'accueil :

	Sans importance	Peu important	Moyennement important	Important	Très important
	1	2	3	4	5
35. Leurs qualités relationnelles sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
36. Les informations fournies sont pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐
37. Leur disponibilité est pour moi ?	☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A

12



60135

CONFIDENTIEL

Avant la simulation

//

2

0



Aide souhaitée de la part de l'équipe de radiothérapie

Veillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **souhaitez** recevoir de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil durant votre radiothérapie. Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des **médecins radiothérapeutes** :

	Pas du tout				Tout à fait
	1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des **infirmier(ère)s/technologues** :

	Pas du tout				Tout à fait
	1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des **secrétaires d'accueil** :

	Pas du tout				Tout à fait
	1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

07

A

13





58530

CONFIDENTIEL

Avant ou après la simulation



Renseignements obtenus auprès de la patiente

1. Quelle est votre langue maternelle ? ☐ Français ☐ Néerlandais ☐ Allemand ☐ Autre

2. Quelle est votre langue courante ? ☐ Français ☐ Néerlandais ☐ Allemand ☐ Autre

3. Date de naissance :

 / /

4. Origine culturelle :

- ☐ Europe occidentale
☐ Europe de l'Est
☐ Proche et Moyen-Orient
☐ Maghreb
☐ Afrique (hors Maghreb)
☐ Asie
☐ Autres

5. Situation maritale actuelle :

- ☐ Célibataire ne vivant pas en couple
☐ Mariée ou vivant en couple
☐ Séparée, divorcée ou veuve ne vivant pas en couple
☐ Séparée, divorcée ou veuve et remariée ou vivant en couple

6. Avez-vous des enfants ?

☐ Oui ☐ Non

7. Si oui, combien d'enfants de 0 à moins de 3 ans

 nombre

de 3 à moins de 6 ans

 nombre

de 6 à moins de 12 ans

 nombre

de 12 à moins de 18 ans

 nombre

de 18 à moins de 25 ans

 nombre

de 25 ans et plus

 nombre

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

A

14



8. Vivez-vous avec d'autres personnes ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles sont les personne(s) qui vivent avec vous à la maison ?

- | | Oui | Non |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Epoux(se)/partenaire | ☐ | ☐ |
| 10. Enfant(s) | ☐ | ☐ |
| 11. Parent(s) | ☐ | ☐ |
| 12. Frère(s) et soeur(s) | ☐ | ☐ |
| 13. Autres membres de la famille | ☐ | ☐ |
| 14. Ami(e)(s) | ☐ | ☐ |
| 15. Colocataire(s) | ☐ | ☐ |
| 16. Autre(s) : | ☐ | ☐ |
| spécifiez | | |

17. Niveau d'études le plus élevé atteint :

(Une seule réponse possible)

- ☐ Enseignement primaire ou moins
- ☐ Enseignement secondaire inférieur
- ☐ Enseignement secondaire supérieur
- ☐ Enseignement universitaire ou supérieur partiel (candidature)
- ☐ Enseignement universitaire ou supérieur
- ☐ Enseignement post-universitaire

18. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre activité actuelle :

(Une seule réponse possible)

- ☐ Travail temps plein
- ☐ Travail temps partiel
- ☐ Incapacité de travail
- ☐ Invalidité
- ☐ A la recherche d'un emploi (sans allocation de chômage)
- ☐ A la recherche d'un emploi (avec allocation de chômage)
- ☐ Etudiante
- ☐ Femme au foyer
- ☐ Pré-retraitée/Retraitée
- ☐ Autre, spécifiez : _____

19. Quelle est (était) votre profession ?

- ☐ Ouvrière
- ☐ Employée ou fonctionnaire
- ☐ Cadre ou haut fonctionnaire
- ☐ Indépendante/aidante ou profession libérale
- ☐ Femme au foyer, sans emploi, étudiante
- ☐ Autre, spécifiez : _____

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						08
--	--	--	--	--	--	----

A

15



Si vous ne vivez pas en couple, passez directement à la question 22.

20. Si vous vivez en couple, quelle est la scolarité de votre conjoint(e) ?

(Une seule réponse possible)

- ☐ Enseignement primaire ou moins
- ☐ Enseignement secondaire inférieur
- ☐ Enseignement secondaire supérieur
- ☐ Enseignement universitaire ou supérieur partiel (candidature)
- ☐ Enseignement universitaire ou supérieur
- ☐ Enseignement post-universitaire

21. Si vous vivez en couple, quelle est (était) la profession de votre conjoint(e) ?



- ☐ Ouvrier(ère)
- ☐ Employé(e) ou fonctionnaire
- ☐ Cadre ou haut fonctionnaire
- ☐ Indépendant(e)/aidant(e) ou profession libérale
- ☐ Femme ou homme au foyer, sans emploi, étudiant(e)
- ☐ Autre, spécifiez : _____

22. Etes-vous à charge de vos parents ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous n'êtes pas à charge de vos parents, passez directement à la page suivante.

23. Scolarité de votre père ?

- ☐ Enseignement primaire ou moins
- ☐ Enseignement secondaire inférieur
- ☐ Enseignement secondaire supérieur
- ☐ Enseignement univ. ou sup. partiel (candidature)
- ☐ Enseignement universitaire ou supérieur
- ☐ Enseignement post-universitaire

24. Quelle est (était) la profession de votre père ?

- ☐ Ouvrier
- ☐ Employé ou fonctionnaire
- ☐ Cadre ou haut fonctionnaire
- ☐ Indépendant/aidant ou profession libérale
- ☐ Homme au foyer, sans emploi, étudiant
- ☐ Autre, spécifiez : _____

25. Scolarité de votre mère ?

- ☐ Enseignement primaire ou moins
- ☐ Enseignement secondaire inférieur
- ☐ Enseignement secondaire supérieur
- ☐ Enseignement univ. ou sup. partiel (candidature)
- ☐ Enseignement universitaire ou supérieur
- ☐ Enseignement post-universitaire

26. Quelle est (était) la profession de votre mère ?

- ☐ Ouvrière
- ☐ Employée ou fonctionnaire
- ☐ Cadre ou haut fonctionnaire
- ☐ Indépendante/aidante ou profession libérale
- ☐ Femme au foyer, sans emploi, étudiante
- ☐ Autre, spécifiez : _____

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

08

A

16



58530

Avant ou après la simulation

CONFIDENTIEL



Informations d'ordre médical

Actuellement prenez-vous les types de médicaments suivants ?**Si oui, depuis combien de temps ?**

27. Anxiolytique

Oui Non
☐ ☐ année(s) mois jours

28. Antidépresseur

☐ ☐ année(s) mois jours

29. Autre psychotrope

☐ ☐ année(s) mois jours

si oui, spécifiez :

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.

08

A

17

Avant ou après simulation

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Aide psychologique

OUI - NON

Si oui depuis combien de temps ?

30. Pour faire face à la maladie et à ses traitements, bénéficiez-vous d'un suivi psychologique, psychiatrique et/ou psychothérapeutique.

☐ ☐

--	--

 année(s)

--	--

 mois

--	--

 jours

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						0	8
--	--	--	--	--	--	---	---

A

17 bis



CONFIDENTIEL

Avant ou après la simulation



Questionnaire de coping

Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si vous l'avez utilisée pour faire face à un problème. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans le tableau figurant à droite de la feuille.

Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
-----	------------	------------	-----

1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi

☐☐☐☐

2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse

☐☐☐☐

3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais

☐☐☐☐

4. Je me suis battue pour ce que je voulais

☐☐☐☐

5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé

☐☐☐☐

6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé

☐☐☐☐

7. J'ai changé positivement

☐☐☐☐

8. Je me suis sentie mal de ne pas pouvoir éviter le problème

☐☐☐☐

9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis

☐☐☐☐

10. J'ai pris les choses une par une

☐☐☐☐

11. J'ai espéré qu'un miracle se produise

☐☐☐☐

12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation

☐☐☐☐

13. Je me suis concentrée sur un aspect positif qui pourrait apparaître après

☐☐☐☐

14. Je me suis culpabilisée

☐☐☐☐

15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions

☐☐☐☐

16. Je suis sortie plus forte de la situation

☐☐☐☐

17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux

☐☐☐☐

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

A

18



58901

Avant ou après la simulation

CONFIDENTIEL



Questionnaire de coping

Non Plutôt non
Plutôt oui Oui

18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème

☐ ☐ ☐ ☐

19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir

☐ ☐ ☐ ☐

20. J'ai essayé de tout oublier

☐ ☐ ☐ ☐

21. J'ai essayé de ne pas m'isoler

☐ ☐ ☐ ☐

22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée

☐ ☐ ☐ ☐

23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude

☐ ☐ ☐ ☐

24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un

☐ ☐ ☐ ☐

25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème

☐ ☐ ☐ ☐

26. Je me suis critiquée ou sermonnée

☐ ☐ ☐ ☐

27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver

☐ ☐ ☐ ☐

T

Eq.

I/N

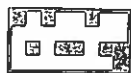
Patient

Eval.

Quest.

A

19



91

CONFIDENTIEL

Avant ou après la simulation



Questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ-C30

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

	Pas du tout 1	Un peu 2	Assez 3	Beaucoup 4
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles, comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	☐	☐	☐	☐
2. Avez-vous des difficultés à faire une <u>longue</u> promenade ?	☐	☐	☐	☐
3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors ?	☐	☐	☐	☐
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	☐	☐	☐	☐
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?	☐	☐	☐	☐

Au cours de la semaine passée :

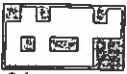
	Pas du tout 1	Un peu 2	Assez 3	Beaucoup 4
6. Avez-vous été gênée pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ?	☐	☐	☐	☐
7. Avez-vous été gênée dans vos activités de loisirs ?	☐	☐	☐	☐
8. Avez-vous eu le souffle court ?	☐	☐	☐	☐
9. Avez-vous ressenti de la douleur ?	☐	☐	☐	☐
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	☐	☐	☐	☐
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	☐	☐	☐	☐
12. Vous êtes-vous sentie faible ?	☐	☐	☐	☐
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	☐	☐	☐	☐

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
					10

A	20
---	----

Au cours de la semaine passée :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au coeur) ?	☐	☐	☐	☐
15. Avez-vous vomi ?	☐	☐	☐	☐
16. Avez-vous été constipée ?	☐	☐	☐	☐
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	☐	☐	☐	☐
18. Etiez-vous fatiguée ?	☐	☐	☐	☐
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	☐	☐	☐	☐
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?	☐	☐	☐	☐
21. Vous êtes-vous sentie tendue ?	☐	☐	☐	☐
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	☐	☐	☐	☐
23. Vous êtes-vous sentie irritable ?	☐	☐	☐	☐
24. Vous êtes-vous sentie déprimée ?	☐	☐	☐	☐
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	☐	☐	☐	☐
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie familiale ?	☐	☐	☐	☐
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités sociales (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma, ...) ?	☐	☐	☐	☐
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	☐	☐	☐	☐



Pour les questions suivantes, veuillez répondre en cochant la case entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation.

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Très mauvais						Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Très mauvais						Excellent



Questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ-BR 23

Les patients rapportent parfois les symptômes ou les problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, **durant la semaine passée**, vous avez été affectée par l'un de ces symptômes ou problèmes. Cochez, s'il vous plaît, la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours de la semaine passée :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
	1	2	3	4
31. Avez-vous eu la bouche sèche ?	☐	☐	☐	☐
32. La nourriture ou la boisson avaient-elles un goût inhabituel ?	☐	☐	☐	☐
33. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ?	☐	☐	☐	☐
34. Avez-vous perdu des cheveux ?	☐	☐	☐	☐
35. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux: La perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ?	☐	☐	☐	☐
36. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ?	☐	☐	☐	☐
37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?	☐	☐	☐	☐
38. Avez-vous eu mal à la tête ?	☐	☐	☐	☐
39. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	☐	☐	☐	☐
40. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	☐	☐	☐	☐
41. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ?	☐	☐	☐	☐
42. Votre corps vous a-t-il déplu ?	☐	☐	☐	☐
43. Vous êtes-vous préoccupée de votre santé pour l'avenir ?	☐	☐	☐	☐



Au cours des QUATRE dernières semaines :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
	1	2	3	4
44. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ?	☐	☐	☐	☐
45. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ?	☐	☐	☐	☐
46. Répondez à cette question uniquement si vous avez eu une activité sexuelle : Dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	☐	☐	☐	☐

Au cours de la semaine passée :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
	1	2	3	4
47. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?	☐	☐	☐	☐
48. Avez-vous eu la main ou le bras enflé(s) ?	☐	☐	☐	☐
49. Avez-vous eu du mal à lever le bras devant vous ou sur le côté ?	☐	☐	☐	☐
50. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?	☐	☐	☐	☐
51. La région de votre sein traité était-elle enflée ?	☐	☐	☐	☐
52. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ?	☐	☐	☐	☐
53. Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ?	☐	☐	☐	☐



64596

Avant la simulation

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--



Etat émotionnel de la patiente

Veuillez indiquer sur les échelles ci-dessous **ce que vous ressentez à cet instant** en mettant un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout
anxieuse

Extrêmement
anxieuse

Pas du tout
triste

Extrêmement
triste

VAS 1.

--	--	--

Ne pas remplir, svp :
Réservé à l'équipe de recherche.

VAS 2.

--	--	--

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

--

--

--

--	--	--

--	--

1	1
---	---

A

25



Après la simulation

/ / 20



Etat émotionnel de la patiente

Veillez indiquer sur les échelles ci-dessous **ce que vous ressentez à cet instant** en mettant un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout
anxieuse

Extrêmement
anxieuse

Pas du tout
triste

Extrêmement
triste

VAS 1.

**Ne pas remplir, svp :
Réservé à l'équipe de recherche.**

VAS 2.

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.
 1 2

A

26



3480

CONFIDENTIEL

Avant ou après la simulation

 / / 2 0 

Informations médicales concernant la patiente

Ce questionnaire a pour objectif de recueillir des informations médicales concernant la patiente atteinte d'un cancer du sein.

1. Identification du soignant :

2. Localisation de la tumeur :

☐ sein gauche☐ sein droit3. Stade pathologique de la tumeur : T N

(si traitement néoadjuvant: stade clinique)

4. Temps écoulé depuis le diagnostic (en mois) :

 mois

Hormis son cancer du sein, la patiente que vous venez de rencontrer est-elle ou a-t-elle été également atteinte d'une ou plusieurs autre(s) affection(s) de type (plusieurs réponses possibles) :

5. oncologique

oui non

☐ ☐

6. chronique (autre qu'oncologique)

☐ ☐

7. Date de la consultation d'information(s) concernant la radiothérapie:

 / /

Traitement(s) reçu(s) et/ou prévu(s) (autre(s) que la radiothérapie) :

8. Tumorectomie (ou quadrantectomie) simple

oui non

☐ ☐

9. Tumorectomie (ou quadrantectomie) avec ganglion sentinelle

☐ ☐

10. Tumorectomie (ou quadrantectomie) avec évidement axillaire

☐ ☐

11. Mastectomie simple

☐ ☐

12. Mastectomie radicale modifiée selon Madden

☐ ☐

13. Chimiothérapie néoadjuvante

☐ ☐

14. Chimiothérapie adjuvante

☐ ☐

15. Hormonothérapie

☐ ☐

16. Thérapie biologique (Herceptine)

☐ ☐

17. Autres: spécifiez

☐ ☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

 1 3

A

27



18. Nombre total de séances de radiothérapie prévues (hors boost) :

--	--

 séances

Zones à irradier :

19. Sein/paroi

	oui	non
☐	☐	☐

20. Chaîne mammaire interne

☐	☐
--------------------------	--------------------------

21. Aire ganglionnaire sus-claviculaire

☐	☐
--------------------------	--------------------------

22. Complément axillaire

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐ 23. Traitement incluant un boost :

	oui	non
☐	☐	☐

24. Si oui, ☐ Radiothérapie externe (nombre de séances :

--	--

)☐ Curiethérapie per opératoire☐ Curiethérapie post radiothérapie externe

Traitement anti-douleur actuel :

25. Non-opiacé

	oui	non
☐	☐	☐

26. Opiacé

☐	☐
--------------------------	--------------------------

27. Autre

☐	☐	Si oui, spécifiez :
--------------------------	--------------------------	---------------------------



T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						1	3
--	--	--	--	--	--	---	---

A

28

Questionnaires

5 PREMIERES SEANCES DE TRAITEMENT

Case Report

2

Questionnaires Patiente : 1^{ère} séance

AVANT la 1^{ère} séance

- 14 HADS
- 15 Questionnaire de médication et d'aide psychologique
- 16 Questionnaire de connaissances des effets secondaires de la RT
- 17 Questionnaire des sources d'informations
- 18 Questionnaire d'aide souhaitée de la part de l'équipe de RT
- 19 Questionnaire d'aide reçue de la part de l'équipe de RT
- 20 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la 1^{ère} séance

- 21 VAS état émotionnel de la patiente

Questionnaires Patiente : 2^{ème} séance

AVANT la 2^{ème} séance

- 22 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la 2^{ème} séance

- 23 VAS état émotionnel de la patiente

Questionnaires Patiente : 3^{ème} séance

AVANT la 3^{ème} séance

- 24 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la 3^{ème} séance

25 VAS état émotionnel de la patiente

Questionnaires Patient : 4^{ème} séance

AVANT la 4^{ème} séance

26 VAS Etat émotionnel de la patiente

APRES la 4^{ème} séance

27 VAS Etat émotionnel de la patiente

Questionnaires Patient : 5^{ème} séance

AVANT la 5^{ème} séance

28 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la 5^{ème} séance

29 VAS état émotionnel de la patiente

30 HADS

31 Questionnaire de symptômes et d'attribution

32 Questionnaire de médication et d'aide psychologique

33 Questionnaire d'aide souhaitée de la part de l'équipe de RT

34 Questionnaire d'aide reçue de la part de l'équipe de RT



CONFIDENTIEL

--	--

 /

--	--

 /

2	0		
---	---	--	--



6585

Avant la 1ère séance

H.A.D.S.

Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce **que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je suis tendu(e) :

- ☐ La plupart du temps
- ☐ Très souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Pas autant
- ☐ Un peu seulement
- ☐ Presque pas du tout

3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver :

- ☐ Oui, très nettement
- ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
- ☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- ☐ Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- ☐ Autant que par le passé
- ☐ Plus autant maintenant
- ☐ Vraiment moins qu'avant
- ☐ Plus du tout

5. Je me fais du souci :

- ☐ Très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Parfois

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
					1 4

B	1
---	---



6585



H.A.D.S.

6. Je suis de bonne humeur :

- ☐ Jamais
- ☐ Pas souvent
- ☐ Parfois
- ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester assis(e) et me sentir décontracté(e) :

- ☐ Oui
- ☐ En général
- ☐ Pas souvent
- ☐ Jamais

8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite :

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Pas du tout

9. J'éprouve des sensations de peur :

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- ☐ Oui, beaucoup
- ☐ Assez
- ☐ Pas beaucoup
- ☐ Jamais

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
☐	☐	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
					14

B

2



H.A.D.S.

12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses :

- ☐ Autant qu'auparavant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

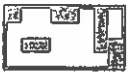
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision :

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Peu souvent
- ☐ Très rarement





611

CONFIDENTIEL

Avant la 1ère séance



Médications de la patiente

Actuellement prenez-vous les types de médicaments suivants ?

Si oui, depuis combien de temps ?

	Oui	Non
Anxiolytique	☐	☐
Antidépresseur	☐	☐
Autre psychotrope	☐	☐

	année(s)		mois		jours
	année(s)		mois		jours
	année(s)		mois		jours

si oui, spécifiez :

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

B

4

Avant la première séance

--	--	--	--	--	--

Aide psychologique

OUI - NON

Si oui depuis combien de temps ?

30. Pour faire face à la maladie et à ses traitements, bénéficiez-vous d'un suivi psychologique, psychiatrique et/ou psychothérapeutique.

☐ ☐

année(s) mois jours

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						1	5
--	--	--	--	--	--	---	---

B

4 bis



3019

CONFIDENTIEL
Avant la 1ère séance

/ / 20



Questionnaire de connaissances de la radiothérapie

Selon vous, parmi les symptômes suivants, quels sont ceux attribuables en théorie à la radiothérapie ?

	Oui	Non
1. Ongles cassants	☐	☐
2. Gonflement du bras	☐	☐
3. Maux de tête	☐	☐
4. Allergies	☐	☐
5. Tiraillements au niveau du bras	☐	☐
6. Douleurs au niveau de la zone traitée	☐	☐
7. Pigmentation brune au niveau de la zone traitée	☐	☐
8. Lancements au niveau de la zone traitée	☐	☐
9. Troubles du sommeil	☐	☐
10. Asthme	☐	☐
11. Sensation de chaleur au niveau de la zone traitée	☐	☐
12. Essoufflements	☐	☐
13. Nervosité	☐	☐
14. Toux	☐	☐
15. Rougeurs au niveau de la zone traitée	☐	☐
16. Vertiges	☐	☐
17. Perte de souplesse de la peau au niveau de la zone traitée	☐	☐
18. Difficultés à avaler	☐	☐
19. Troubles de la concentration	☐	☐
20. Brûlures au niveau de la zone traitée	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

☐☐☐☐☐☐☐☐

B

5



3019

Avant la 1ère séance

CONFIDENTIEL



	Oui	Non
21. Transpiration	☐	☐
22. Troubles de la vue	☐	☐
23. Diarrhée	☐	☐
24. Gonflement du sein (oedème)	☐	☐
25. Pertes de mémoire	☐	☐
26. Suintement au niveau de la zone traitée	☐	☐
27. Fatigue	☐	☐
28. Nausées	☐	☐
29. Perte de cheveux	☐	☐
30. Perte d'appétit	☐	☐

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B

6



Sources d'informations

Nous nous intéressons aux sources d'informations auxquelles vous avez eu accès concernant votre radiothérapie. Lisez chaque proposition et indiquez si "oui" ou "non" vous avez reçu de l'information au sujet de votre radiothérapie par cette source.

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Consultation avec le radiothérapeute | ☐ | ☐ |
| 2. Intervenants médicaux de l'équipe de radiothérapie | ☐ | ☐ |
| 3. Intervenants médicaux hors de l'équipe de radiothérapie | ☐ | ☐ |
| 4. Membres de la famille ou amis | ☐ | ☐ |
| 5. Associations | ☐ | ☐ |
| 6. Brochures médicales | ☐ | ☐ |
| 7. Internet | ☐ | ☐ |
| 8. Médias (Télévision, magazines, ...) | ☐ | ☐ |
| 9. Livres spécialisés | ☐ | ☐ |
| 10. Témoignages | ☐ | ☐ |
| 11. Autre(s): spécifiez _____ | ☐ | ☐ |



Aide souhaitée de la part de l'équipe de radiothérapie

Veillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **souhaitez** recevoir de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil durant votre radiothérapie. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des **médecins radiothérapeutes** :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des **infirmier(ère)s/technologues** :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des **secrétaires d'accueil** :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐



60717

CONFIDENTIEL

Avant la 1ère séance



Aide reçue de la part de l'équipe de radiothérapie

Veillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **avez reçu** de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil **depuis votre séance de simulation jusqu'à ce jour**. Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des médecins radiothérapeutes :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des infirmier(ère)s/technologues :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des secrétaires d'accueil :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.



Avant première séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après première séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veuillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Avant 2ème séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après 2ème séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veuillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Avant 3ème séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après 3^{ème} séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veuillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
					2 5

Avant 4ème séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veuillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après 4ème séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Avant 5ème séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						2	8

Après 5ème séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
☐	☐	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐	☐ 2 ☐ 9



CONFIDENTIEL

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--



13652

Après la 5ème séance

H.A.D.S.

Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce **que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je suis tendu(e) :

- ☐ La plupart du temps
☐ Très souvent
☐ De temps en temps
☐ Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Pas autant
☐ Un peu seulement
☐ Presque pas du tout

3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver :

- ☐ Oui, très nettement
☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
☐ Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- ☐ Autant que par le passé
☐ Plus autant maintenant
☐ Vraiment moins qu'avant
☐ Plus du tout

5. Je me fais du souci :

- ☐ Très souvent
☐ Assez souvent
☐ De temps en temps
☐ Parfois

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

--

--

--

--	--	--

--	--

3	0
---	---

B

20



H.A.D.S.

6. Je suis de bonne humeur :

- ☐ Jamais
- ☐ Pas souvent
- ☐ Parfois
- ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester assis(e) et me sentir décontracté(e) :

- ☐ Oui
- ☐ En général
- ☐ Pas souvent
- ☐ Jamais

8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite :

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Pas du tout

9. J'éprouve des sensations de peur :

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- ☐ Oui, beaucoup
- ☐ Assez
- ☐ Pas beaucoup
- ☐ Jamais

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B

21



H.A.D.S.

12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses :

- ☐ Autant qu'auparavant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision :

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Peu souvent
- ☐ Très rarement

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
					30

B	22
---	----



63763

CONFIDENTIEL

Après la 5ème séance

 /
 /

20



Questionnaire d'informations médicales complété par la patiente

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous présenté les symptômes suivants ?

Si oui, attribuez-vous ce symptôme à la radiothérapie ?

	Oui	Non	Oui	Non
1. Ongles cassants	☐	☐ SSFO131	☐	☐ RSFO131
2. Gonflement du bras	☐	☐ SSVC231	☐	☐ RSVC231
3. Maux de tête	☐	☐ SSFO331	☐	☐ RSFO331
4. Allergies	☐	☐ SSFO431	☐	☐ RSFO431
5. Tiraillements au niveau du bras	☐	☐ SSVC531	☐	☐ RSVC531
6. Douleurs au niveau de la zone traitée	☐	☐ SSVC631	☐	☐ RSVC631
7. Pigmentation brune au niveau de la zone traitée	☐	☐ SSVC731	☐	☐ RSVC731
8. Lancements au niveau de la zone traitée	☐	☐ SSVC831	☐	☐ RSVC831
9. Troubles du sommeil	☐	☐ SSFO931	☐	☐ RSFO931
10. Asthme	☐	☐ SSF1031	☐	☐ RSF1031
11. Sensation de chaleur au niveau de la zone traitée	☐	☐ SSV1131	☐	☐ RSV1131
12. Essoufflements	☐	☐ SSF1231	☐	☐ RSF1231
13. Nervosité	☐	☐ SSF1331	☐	☐ RSF1331
14. Toux	☐	☐ SSV1431	☐	☐ RSV1431
15. Rougeurs au niveau de la zone traitée	☐	☐ SSV1531	☐	☐ RSV1531
16. Vertiges	☐	☐ SSF1631	☐	☐ RSF1631
17. Perte de souplesse de la peau au niveau de la zone traitée	☐	☐ SSV1731	☐	☐ RSV1731
18. Difficultés à avaler	☐	☐ SSV1831	☐	☐ RSV1831
19. Troubles de la concentration	☐	☐ SSF1931	☐	☐ RSF1931
20. Brûlures au niveau de la zone traitée	☐	☐ SSV2031	☐	☐ RSV2031

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
☐	☐	☐	☐	☐	31

B

23



63763

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous présenté les symptômes suivants ?

Si oui, attribuez-vous ce symptôme à la radiothérapie ?

	Oui	Non	Oui	Non
21. Transpiration	☐	☐ SSF2131	☐	☐ RSF2131
22. Troubles de la vue	☐	☐ SSF2231	☐	☐ RSF2231
23. Diarrhée	☐	☐ SSF2331	☐	☐ RSF2331
24. Gonflement du sein (oedème)	☐	☐ SSV2431	☐	☐ RSV2431
25. Pertes de mémoire	☐	☐ SSF2531	☐	☐ RSF2531
26. Suintement au niveau de la zone traitée	☐	☐ SSV2631	☐	☐ RSV2631
27. Fatigue	☐	☐ SSV2731	☐	☐ RSV2731
28. Nausées	☐	☐ SSV2831	☐	☐ RSV2831
29. Perte de cheveux	☐	☐ SSF2931	☐	☐ RSF2931
30. Perte d'appétit	☐	☐ SSF3031	☐	☐ RSF3031



14627

CONFIDENTIEL

Après la 5ème séance



Médications de la patiente

Actuellement prenez-vous les types de médicaments suivants ?

Si oui, depuis combien de temps ?

Anxiolytique

Oui

☐

Non

☐

année(s)

mois

jours

Antidépresseur

☐☐

année(s)

mois

jours

Autre psychotrope

☐☐

année(s)

mois

jours

si oui, spécifiez :

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.



Après la 5ème séance

1		1					
---	--	---	--	--	--	--	--

Aide psychologique

OUI - NON

Si oui depuis combien de temps ?

30. Pour faire face à la maladie et à ses traitements, bénéficiez-vous d'un suivi psychologique, psychiatrique et/ou psychothérapeutique.

☐ ☐

--	--

 année(s)

--	--

 mois

--	--

 jours

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						3	2
--	--	--	--	--	--	---	---

B

25 bis



Aide souhaitée de la part de l'équipe de radiothérapie

Veillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **souhaitez** recevoir de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil durant votre radiothérapie. Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des médecins radiothérapeutes :

Pas du tout

Tout à fait

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Au niveau des infirmier(ère)s/technologues :

Pas du tout

Tout à fait

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Au niveau des secrétaires d'accueil :

Pas du tout

Tout à fait

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

T	Eq.	IN	Patient	Eval.	Quest.
---	-----	----	---------	-------	--------

						3	3
--	--	--	--	--	--	---	---



62687

CONFIDENTIEL

Après la 5ème séance

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--



Aide reçue de la part de l'équipe de radiothérapie

Veillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **avez reçu** de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil **durant la semaine qui vient de s'écouler jusqu'à ce jour**. Veillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des médecins radiothérapeutes :

	Pas du tout					Tout à fait				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des infirmier(ère)s/technologues :

	Pas du tout					Tout à fait				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des secrétaires d'accueil :

	Pas du tout					Tout à fait				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						3	4
--	--	--	--	--	--	---	---

B

27

**Etat émotionnel de la patiente : première semaine****Ne pas remplir, svp : Réservé à l'équipe de recherche.****VAS ANXIETE AVANT****VAS ANXIETE APRES**

1ère séance	Anxiété 20	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
2ème séance	Anxiété 22	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
3ème séance	Anxiété 24	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
4ème séance	Anxiété 26	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
5ème séance	Anxiété 28	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

Anxiété 21	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Anxiété 23	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Anxiété 25	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Anxiété 27	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Anxiété 29	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

VAS TRISTESSE AVANT**VAS TRISTESSE APRES**

1ère séance	Tristesse 20	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
2ème séance	Tristesse 22	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
3ème séance	Tristesse 24	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
4ème séance	Tristesse 26	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
5ème séance	Tristesse 28	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

Tristesse	21	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Tristesse	23	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Tristesse	25	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Tristesse	27	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Tristesse	29	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			