



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac
Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

Etiquette Patient

QUESTIONNAIRE MEDICAL D'ENTREE

**Merci de remettre ce document dûment complété
au médecin lors de votre admission
dans l'établissement**

Concernant vos médicaments

Quels sont les médicaments que vous prenez habituellement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous récemment arrêté ou modifié votre traitement ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Si **OUI**, pour quelle(s) raison(s) :

Prenez-vous des médicaments que vous achetez sans ordonnance ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Si **OUI**, quels médicaments ?

Mettez-vous des collyres ou des gouttes dans les yeux ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Si **OUI**, lesquels ?

Avez-vous des patches ou des crèmes (médicaments) à mettre sur la peau ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Si **OUI**, lesquels ?

Avez-vous des piqûres à la maison ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Si **OUI**, lesquelles ?

.....

Concernant le tabac

X	<p> <i>Cochez la case qui correspond à votre situation</i></p> <p><u>Ne répondez qu'aux questions qui correspondent à votre situation actuelle</u></p>	
	Vous êtes non-fumeur (moins de 100 cigarettes dans votre vie)	
	Vous êtes fumeur	<p>⇒ <u>Veillez répondre au test de Fagerström et au test de motivation à l'arrêt, en fin de livret</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A quel âge avez-vous commencé ?.....ans ▪ Combien de cigarettes avez-vous fumé en moyenne par jour ? cigarettes/jour ▪ Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▪ Si oui, quand ? Avec aide ? (<i>Précisez l'aide : patch, médicaments, hypnose...</i>)
	Vous êtes ancien fumeur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A quel âge avez-vous commencé ?.....ans ▪ Combien de cigarettes avez-vous fumé en moyenne par jour ? cigarettes/jour ▪ Quand avez-vous arrêté ?

Concernant vos conditions de vie

X	<p> <i>Cochez la case qui correspond à votre situation</i></p> <p>Etes-vous :</p>	
	➤ En activité	profession :
	➤ Retraité(e)	professions exercées :
	➤ En invalidité	

Vivez-vous seul(e) ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des enfants ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre logement :	<input type="checkbox"/> plain-pied	<input type="checkbox"/> Etage	<input type="checkbox"/> Ascenseur	<input type="checkbox"/> Jardin
-------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Faites-vous le ménage ou les courses ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Si NON , qui assure ces tâches ? Combien d'heures par semaine ? h/semaine		

Avez- vous des loisirs ou activités physiques régulières (hors kinésithérapie) ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Si OUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesquelles ? ▪ Combien d'heures par semaine y consacrez-vous ?..... ▪ Faites-vous partie d'une association sportive ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>➤ Si NON, pourquoi ? : <input type="checkbox"/> Trop essoufflé <input type="checkbox"/> Pas le temps <input type="checkbox"/> Pas envie</p>		

Concernant votre maladie respiratoire

Etes-vous suivi(e) régulièrement par un pneumologue ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Si OUI, la date de la dernière consultation : / /</p>		

Sur les 12 derniers mois , combien de fois avez-vous été obligé(e) de voir votre médecin (généraliste ou pneumologue) pour une aggravation de votre maladie respiratoire ?
<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois ou plus

Sur les 12 derniers mois , avez-vous été hospitalisé(e) en raison d'une aggravation de votre état respiratoire ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Si OUI, combien de fois ? fois Dates :</p>		

Voyez-vous régulièrement un kinésithérapeute ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Si OUI, combien d'heures par semaine ?.....</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> A son cabinet ▪ Pour <input type="checkbox"/> Kinésithérapie respiratoire <input type="checkbox"/> Ré - entraînement à l'effort <input type="checkbox"/> Autre : <p>.....</p>		

A quand remonte votre dernière prise d'antibiotique pour une infection respiratoire ?
<input type="checkbox"/> > 1 an <input type="checkbox"/> Entre 3 mois et 1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 mois et 3 mois <input type="checkbox"/> Moins d'1 mois (Précisez le nom du/des antibiotique(s)) :

Habituellement, vous êtes essoufflé(e) pour quel niveau d'effort :

 Entourez le chiffre qui traduit le mieux votre **essoufflement habituel**

Stades	Essoufflement
0	▪ Je ne suis essoufflé(e) que pour un effort important
1	▪ Je suis essoufflé(e) lorsque je me presse en terrain plat ou lorsque je monte une petite cote
2	▪ Je marche plus lentement que les personnes de mon âge, en terrain plat, à cause de mon essoufflement ou je dois m'arrêter pour respirer lorsque je marche à mon propre pas en terrain plat
3	▪ Je m'arrête pour respirer après avoir marché environ 100 m ou après quelques minutes en terrain plat
4	▪ Je suis trop essoufflé(e) pour sortir de chez moi ou je suis essoufflé(e) quand je m'habille ou me déshabille

Sur les 4 dernières semaines, diriez-vous que votre état respiratoire a été :

Stable En amélioration En aggravation

Concernant la toux, diriez-vous qu'elle est habituellement plutôt :

sèche avec des crachats

Avez-vous un traitement de secours pour votre respiration (par exemple de la VENTOLINE...) ?

OUI NON

➤ Si OUI, lequel et combien de fois par semaine le prenez-vous ?.....

Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ?

OUI NON

➤ Si OUI, quand la dernière fois ? / /

Avez-vous été vacciné(e) contre le pneumocoque (PREVENAR, PNEUMOVAX) ?

OUI NON

➤ Si OUI, quand : / /

Avez-vous déjà fait des séjours en réhabilitation respiratoire ?

OUI NON

➤ Si OUI, quand : / / où :

Concernant votre sommeil

Avez-vous l'impression de bien dormir ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Si NON, quels sont les symptômes qui altèrent la qualité de votre sommeil ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ronflements ?<input type="checkbox"/> Réveils nocturnes avec sensation d'étouffement ?<input type="checkbox"/> Se lever la nuit pour uriner ?<input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement ?<input type="checkbox"/> Maux de tête le matin ?<input type="checkbox"/> Difficulté à dormir à plat ?<input type="checkbox"/> Autres, précisez :		

Vous sentez-vous somnolent(e) dans la journée ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>⇒ Si OUI, <i>Veillez remplir le questionnaire d'Epworth</i></p>		

Concernant votre état général

Vous sentez-vous fatigué(e) ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous bon appétit ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous pris ou perdu du poids ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Si **OUI**, veuillez indiquer la variation de votre poids : pluskg ou moins.....kg

Avez-vous des douleurs ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ Si **OUI**, où avez-vous mal ? :

Avez-vous des problèmes pour aller à la selle ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des problèmes pour uriner ?	OUI	NON
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac

Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Etiquette patient

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Source : Tabac-info-service.fr - Site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.

ENR/SOI/052/v.1 Date : 10/07/2018



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac
Établissements de Soins de Suite et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

TEST DE MOTIVATION A L'ARRÊT

Quel est votre degré de motivation pour cet arrêt du tabac ?

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

Si pour vous, certains arguments ont plus de force ou d'importance que d'autres, réglez leur intensité :

0 = pas d'importance
1 = importance moyenne
2 = importance forte

LES ARGUMENTS QUI M'EMPÊCHENT D'ARRÊTER DE FUMER

Les arguments	intensité		
Besoin vital	0	1	2
Nécessaire pour la convivialité	0	1	2
Perdre une aide à la concentration	0	1	2
M'ennuyer	0	1	2
Peur du changement	0	1	2
Perdre un plaisir	0	1	2
Perdre des amis fumeurs	0	1	2
Peur de grossir	0	1	2
Stresser	0	1	2
Etre irritable	0	1	2

LES ARGUMENTS QUI ME POUSSENT À ARRÊTER DE FUMER

Les arguments	intensité		
Ne plus courir pour acheter des cigarettes	0	1	2
Avoir plus de temps libre	0	1	2
Etre en forme	0	1	2
Ne plus avoir à vérifier sans cesse s'il me reste des cigarettes	0	1	2
Avoir une meilleure mine	0	1	2
Faire des économies	0	1	2
Etre plus libre	0	1	2



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac
Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

QUESTIONNAIRE DE SOMNOLENCE d'EPWORTH

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir
1 = faible chance de s'endormir
2 = chance moyenne de s'endormir
3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir			
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

Total :



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac

Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

Date :

Quel est l'état de votre BPCO? Répondez au questionnaire CAT (COPD Assessment Test™) pour évaluer votre BPCO

Ce questionnaire vous aidera, ainsi que votre médecin, à mesurer l'impact de la BPCO (BronchoPneumopathie Chronique Obstructive) sur votre bien-être et votre vie au quotidien. Vous pourrez, ainsi que votre médecin, utiliser les réponses et les scores du questionnaire pour mieux prendre en charge votre BPCO et obtenir le meilleur bénéfice de votre traitement.

Pour chaque élément ci-dessous, veuillez indiquer d'une croix (x) la case qui correspond le mieux à votre état actuel. Prenez soin de ne sélectionner qu'une seule réponse par question.

Exemple: Je suis très heureux (heureuse) 0 1 2 3 4 5 Je suis très triste

			POINTS
Je ne tousse jamais	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je tousse tout le temps	<input type="text"/>
Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires (mucus)	<input type="text"/>
Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	J'ai la poitrine très oppressée	<input type="text"/>
Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis pas essouffé(e)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Quand je monte une côte ou une volée de marches, je suis très essouffé(e)	<input type="text"/>
Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi	<input type="text"/>
Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	<input type="text"/>
Je dors bien	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires	<input type="text"/>
Je suis plein(e) d'énergie	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Je n'ai pas d'énergie du tout	<input type="text"/>
			SCORE TOTAL <input type="text"/>

ENR/SOI/050/v.1 Date : 10/07/2018



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac

Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

Echelle HAD

Hospital Anxiety and Depression scale

(Auteurs : A.S. Zigmond et R.P. Snaith.

Traduction française : J.-P. Lépine)

Date :

Entourer votre réponse

A. Je me sens tendu ou énervé :

3. La plupart du temps
2. Souvent
1. De temps en temps
0. Jamais

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

0. Oui, tout autant
1. Pas autant
2. Un peu seulement
3. Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

3. Oui, très nettement
2. Oui, mais ce n'est pas trop grave
1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0. Pas du tout

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

0. Autant que par le passé
1. Plus autant qu'avant
2. Vraiment moins qu'avant
3. Plus du tout

A. Je me fais du souci :

3. Très souvent
2. Assez souvent
1. Occasionnellement
0. Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

3. Jamais
2. Rarement
1. Assez souvent
0. La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

0. Oui, quoi qu'il arrive
1. Oui, en général
2. Rarement
3. Jamais



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac
Etablissements de Soins de Suite et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

<p>D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3. Presque toujours 2. Très souvent 1. Parfois 0. Jamais</p>
<p>A . J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <p>0. Jamais 1. Parfois 2. Assez souvent 3. Très souvent</p>
<p>D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>3. Plus du tout 2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1. Il se peut que je n'y passe plus autant attention 0. J'y prête autant attention que par le passé</p>
<p>A . J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3. Oui, c'est tout à fait le cas 2. Un peu 1. Pas tellement 0. Pas du tout</p>
<p>D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <p>0. Autant qu'avant 1. un peu moins qu'avant 2. Bien moins qu'avant 3. Presque jamais</p>
<p>A . J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3. Vraiment très souvent 2. Assez souvent 1. Pas très souvent 0. Jamais</p>
<p>D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :</p> <p>0. Souvent 1. Parfois 2. Rarement 3. Très rarement</p>

Total A : Total D :

Source : Haute Autorité de Santé – Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014

ENR/SOI/037/v.2 Verso