

# SUIVI DE MES SYMPTÔMES

Date de l'évaluation ...../...../.....

## QUEL EST VOTRE ÂGE ?

\_\_\_\_\_

Veuillez répondre en cochant une case par question

### 1. VOTRE SEP

**1.1** Au cours des six derniers mois, avez-vous présenté des poussées ?  
(Avez-vous remarqué quelque chose et/ou observé une évolution particulière ?)

OUI

NON

PAS  
SÛR

Aller à la section 2

**1.2** Si oui, combien de poussées ?

1

2

3+

**1.3** Si oui, dans quelle mesure vous êtes-vous rétabli(e)  
de votre poussée la plus récente ?

Entièrement  
(100%)

Preque  
entièrement  
(75%)

Partiellement  
(50%)

Un peu  
(25%)

Pas du tout  
(0%)

## 2. VOS SYMPTÔMES

a) Avez-vous présenté un ou plusieurs des symptômes suivants au cours des six derniers mois, ce qui n'était pas le cas auparavant ?

		Non	Oui
2.1	 Problèmes avec votre vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	 Faiblesse ou spasmes musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	 Difficultés à marcher et à se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	 Problèmes de coordination et d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	 Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	 Picotements ou engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	 Contrôle de la vessie ou problèmes intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	 Problèmes avec votre élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	 Problèmes de concentration et de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	 Sensation de fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	 Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12	 Autre: ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour tous les symptômes pour lesquels vous avez répondu oui à la Q 2a)

b) Avez-vous ressenti ces symptômes pendant une poussée que vous avez présentée au cours des six derniers mois ?

Non	Oui
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Les symptômes sont-ils apparus puis ont disparu ou étaient-ils présents la plupart du temps ?

Les symptômes sont apparus et ont disparu	Les symptômes étaient présents la plupart du temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Si les symptômes étaient présents la plupart du temps ...

Se sont-ils améliorés ?	Sont-ils restés les mêmes ?	Se sont-ils aggravés ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. L'IMPACT DE LA SEP SUR VOTRE VIE

Dans quelle mesure les symptômes de votre SEP vous ont-ils affecté au cours des six derniers mois :

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Je ne peux pas le faire à cause de ma SEP
3.1	 Se déplacer	<input type="checkbox"/>				
3.2	 Se laver, prendre un bain et s'habiller	<input type="checkbox"/>				
3.3	 Accomplir des tâches quotidiennes, comme les tâches domestiques ou conduire	<input type="checkbox"/>				
3.4	 Participer à des loisirs et des activités de loisirs	<input type="checkbox"/>				
3.5	 Au travail (payé ou bénévole)	<input type="checkbox"/>				
Je ne peux pas répondre à la Q 3.5 car je ne travaille pas pour des raisons sans lien avec ma SEP						<input type="checkbox"/>
3.6	 Être intime ou avoir des relations sexuelles	<input type="checkbox"/>				
3.7	 Émotionnellement (par exemple, sensation de faiblesse, d'anxiété ou d'inquiétude)	<input type="checkbox"/>				

Y a-t-il des symptômes sur lesquels vous aimeriez vous concentrer lors de votre rencontre avec votre professionnel de la santé ? Si oui, veuillez entourer/marker le(s) numéro(s) de la ou des question(s) pertinente(s) de ce questionnaire, ou notez-les ci-dessous.

.....

.....

.....

### 4. L'IMPACT DE VOTRE RÉGIME DE SOINS ACTUEL

Comment vivez-vous votre régime de soins actuel ? Quels sont les avantages et les inconvénients (effets secondaires) pour vous en tant qu'individu ?

.....

.....

.....

Ce questionnaire a été créé par Novartis Pharma SA (« Novartis ») afin d'aider les personnes atteintes par la SEP à avoir une conversation plus ciblée avec leur professionnel de la santé au sujet de l'évolution de leur SEP, lors des 6 derniers mois. Ce questionnaire ne doit pas être considéré comme un avis médical sur quelque sujet que ce soit. Novartis n'a pas accès aux données personnelles des personnes qui complètent ce questionnaire.