|  |
| --- |
| **Clinique de la voix AZ DELTA****Questionnaire pour l’incapacité d’éructer: follow-up** |

En complétant ce questionnaire, j’autorise la responsable de la clinique de la voix (Dr. Delsupehe) et les autorités à utiliser ces informations pour des objectifs de recherche. **Mes données médicales seront traitées de façon strictement confidentielle.** J’accepte la collecte, le traitement et l'utilisation de ces données médicales en fonction des cibles de recherche**.** J’accepte aussi que les données soient transférées et enregistrées dans d’autres pays que la Belgique. Je ne serai identifiable en aucune façon avec mon nom.

Nom: Date:

**Cher(e) patient(e),**

**A la clinique de la voix, nous prenons soin de nos patients et nous nous intéressent aux résultats à long terme de nos interventions. Pour réaliser cet objectif, nous apprécierons si vous trouvez le temps (=3 minutes) pour remplir ce questionnaire que vous trouverez en dessous et répondez simplement à cet email.**

**Merci beaucoup d’avance!**

**Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date de votre opération: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Quel étaient la sévérité de vos symptômes précédant l’opération? :** (1 = très gênant, 2 = moyennement gênant, 3 = légèrement gênant 4 = embêtant, 5 = pas présent)

*L’incapacité de cracher:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des bruits de gargouillis:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Mal à la poitrine:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Ballonnement abdominal:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des flatulences:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des nausées après le repas/vomir*: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des brûlures d’estomac ou des régurgitations acides:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*L'impression que les aliments ont du mal à descendre dans l'œsophage :* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des difficultés à boire des boissons :* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des difficultés à avaler des aliments solides :* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

**A quel degré vos symptômes ont-ils été améliorés?**

[ ] 80-100% [ ] 50-80% [ ] moins que 50% [ ] pas d’amélioration [ ] pas applicable

**En ce moment, vos principaux symptômes sont ?:** (1 = très gênant 2 = moyennement gênant, 3 = légèrement gênant, 4 = un peu embêtant, 5 = pas présent)

*L’incapacité de roter* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des bruits de gargouillis:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Mal à la poitrine:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Ballonnement abdominal:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des flatulences:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des nausées après le repas/vomir*: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des brûlures d’estomac ou des régurgitations acides:* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*L'impression que les aliments ont du mal à descendre dans l'œsophage :* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des difficultés à boire des boissons :* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

*Des difficultés à avaler des aliments solides :* [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5

**Pendant combien de temps avez-vous éprouvé une amélioration?:**

[ ]  pendant 24 heures [ ]  pendant 3 jours [ ]  pendant 7 jours [ ]  pendant 2 semaines [ ]  pendant 1 mois [ ] Pas d’amélioration

**Avez-vous éprouvé un effet secondaire?:**

[ ]  non

[ ]  oui, expliquez:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Êtes-vous d’accord pour que ces résultats soient utilisés de façon anonyme afin de faire un rapport sur résultats de cette procédure?**

[ ]  oui

[ ]  non (pourquoi? (pas obligatoire)):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_