



Inscription au programme d'ETP

e-LEUquilibre

QUESTIONNAIRE

Pour que la demande d'inscription soit valide et prise en charge, merci de nous faire parvenir par mail à aude.pion@aphp.fr et laurent.francois@aphp.fr

- Ce questionnaire rempli
- Le formulaire de consentement rempli **et signé**

Le programme se déroule intégralement en visioconférence, sur une plateforme sécurisée dédiée à l'ETP. **La participation à ce programme avec un smartphone n'est pas possible.**

Les ateliers se déroulent de **17H30 à 19H00**.

Consulter le site internet de la filière pour connaître les dates des ateliers :

www.filiere-g2m.fr/education-therapeutique-du-patient/les-programmes-d-etp/programme-leuquilibre

Consignes de remplissage pour les données administratives

- Vérifiez bien que vos coordonnées (numéro de téléphone et adresse mail) sont correctes pour que nous puissions vous recontacter.
- Les champs et questions avec un astérisque rouge * sont obligatoires, les autres sont facultatives.

Renseignements concernant le patient

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

Nom de la maladie *

Adresse postale *

Numéro sécurité sociale (15 chiffres) *

Adresse email *

Téléphone portable *

Renseignements concernant le parent ou le représentant légal

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

Lien de parenté avec le patient *

Père Mère Personne aidant

Adresse postale *

Numéro sécurité sociale (15 chiffres) *

Adresse email *

Téléphone portable *

Renseignements concernant le médecin référent de la maladie rare

Nom * :

Prénom *

Adresse du lieu d'exercice (hôpital, centre) *

Adresse email *

Téléphone

Matériel et expérience pour la pratique de la visioconférence

Les séances d'ETP seront réalisées sur une plateforme de visioconférence et nous souhaitons connaître vos possibilités de connexion.

► **J'ai déjà utilisé une plateforme de visioconférence (ex: Teams, Zoom, Jitsi) ***

Oui

Non

► **J'ai déjà bénéficié de téléconsultations ***

Oui

Non

► **Je me sens à l'aise avec l'usage du numérique ***

Tout à fait d'accord

D'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

► **Au cours du dernier mois, je me suis connecté-e à internet ***

Tous les jours

Plusieurs fois par semaine

Une fois par semaine

Une ou deux fois dans le mois

Seulement pour répondre à ce questionnaire

► **Dans quelles conditions remplissez-vous ce questionnaire ? ***

Seul-e, sans difficulté

Seul-e, mais c'est compliqué pour moi

Quelqu'un m'a aidé-e

► **Quel matériel informatique possédez-vous ?***

Un ordinateur avec webcam

Un ordinateur sans webcam

Un ordinateur, je ne sais pas s'il a une webcam

Une tablette

Autre, précisez ici

► **Concernant votre connexion à internet à domicile (plusieurs choix possibles)**

J'ai une box internet

Je me connecte avec le partage de connexion de mon téléphone (3G/4G/5G)

Je peux regarder une vidéo sur internet (ex : Youtube, Netflix, Francetv) sans problème

Chez moi, c'est difficile de regarder une vidéo sur internet (coupures, basse qualité, temps de chargements longs, ...)

Je n'ai aucun moyen de me connecter à internet à domicile

Je ne souhaite pas répondre

Je souhaite préciser :

► **Si je dois assister à une séance de 1h30 dans mon logement, je peux m'isoler à un endroit calme sans être dérangé-e ***

Tout à fait d'accord

D'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

► **À quelle fréquence avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider lorsque vous lisez des instructions, des brochures ou d'autres documents provenant de l'équipe médicale ***

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Ne se prononce pas

► En cas de difficultés à utiliser le numérique : une personne de votre entourage peut-elle vous assister pour la connexion aux séances de visioconférence ? Si oui et avec son accord, remplissez les informations suivantes : (facultatif)

Nom *

Prénom *

Adresse email *

Téléphone portable *

L'adresse mail et le numéro de téléphone seront utilisés exclusivement dans le cadre du programme d'ETP.

Informations patient et confidentialité des données

► J'atteste avoir lu la notice d'information du programme d'ETP e-leuquilibre *

Oui

Non

► J'ai lu, compris et signé le formulaire de consentement m'informant sur le traitement de mes données de santé (disponible ici : www.filiere-g2m.fr/images/etp/PDF/Formulaire_consentement_ETP_Leuquilibre.pdf)

Oui

Non