



## ENTRED, Echantillon National Témoin Représentatif des Personnes Diabétiques

Basé à l'Institut de Veille Sanitaire

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex

Tel : 01.41.79.69.41 – Fax : 01.41.79.68.11

<http://www.invs.sante.fr/entred> ou [entred@invs.sante.fr](mailto:entred@invs.sante.fr)

# Dossier patient

\_\_\_\_\_

**1. Il y a combien d'années qu'un médecin vous a dit pour la première fois que vous aviez un diabète ?**

an(s) (si vous n'êtes pas diabétique : mettez 0, ne remplissez pas la suite, et renvoyez le questionnaire dans l'enveloppe T ci-jointe – pas besoin d'affranchir –)

.....

**2. Actuellement, êtes-vous traité(e) pour le diabète par une ou plusieurs injections d'insuline?**

1 OUI Si oui, depuis combien d'années ?  an(s)

2 NON

**3. Si vous êtes traité(e) par insuline, où le traitement par insuline a-t-il été débuté ?**

1 A l'hôpital

2 Au cabinet d'un médecin

3 Chez vous

**4. Si vous êtes traité(e) par comprimés, vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos comprimés pour traiter le diabète ?**

1 Jamais

2 Moins d'une fois par mois

3 Au moins une fois par mois

4 Au moins une fois par semaine

**5. On peut surveiller son diabète chez soi en utilisant un lecteur de glycémie. C'est un petit appareil qui utilise une goutte de votre sang prélevé au bout du doigt pour mesurer votre taux de sucre. Avez-vous cet appareil ?**

1 OUI Si oui, mesurez-vous votre taux de sucre (glycémie) avec cet appareil (ou quelqu'un le fait-il pour vous) ?

1 OUI

2 NON

2 NON

3 Je ne sais pas

**6. Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée, encore appelée HbA1c ?**

1 OUI

2 NON

**7. En 2001, avez-vous rencontré un(e) diététicien(ne) ?**

1 OUI

2 NON

3 Je ne sais pas

**8. En 2001, combien de fois avez-vous consulté un professionnel des pieds (podologue ou pédicure) pour un problème lié ou non à votre diabète ?**  fois en 2001

**9. Un médecin vous a-t-il dit que vous aviez fait un infarctus du myocarde, une crise cardiaque, de l'angor ou de l'angine de poitrine ?**

1 OUI

2 NON

3 Je ne sais pas

**10. En 2001, faisiez-vous partie d'un réseau de soins aux diabétiques ? (associant votre médecin, des médecins spécialistes et des soignants paramédicaux)**

1 OUI

Si oui, lequel ? Nom : .....

2 NON

**11. Souffrez-vous d'autres maladies que le diabète?**

1 OUI

Si oui, lesquelles ? .....

2 NON

TSVP

- 12.** Au cours de l'année 2001, si vous avez été hospitalisé(e), que ce soit en rapport ou non avec votre diabète, en hôpital de jour ou en hôpital traditionnel, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Date de début d'hospitalisation	Date de fin d'hospitalisation	Nom de l'hôpital ou de clinique	Service	Ville de cet hôpital ou clinique	Raison de l'hospitalisation
<i>Exemple</i>	15/06/01	28/06/01	Hôtel-Dieu	Cardiologie	Grenoble	Infarctus
1 <sup>ère</sup> hospitalisation	□□□□□□□□	□□□□□□□□				
2 <sup>ème</sup> hospitalisation	□□□□□□□□	□□□□□□□□				
3 <sup>ème</sup> hospitalisation	□□□□□□□□	□□□□□□□□				

- 13.** Si vous deviez donner une note entre 00 (pas du tout satisfait) et 10 (très satisfait) sur la façon dont votre diabète est pris en charge par l'ensemble des médecins, infirmiers(ères), diététiciens(nes), pharmaciens(nes), podologues ..., quelle serait-elle ? □□

- 14.** Quel est votre sexe ?  1 Homme  2 Femme

- 15.** Quelle est votre date de naissance ? □□□□□□

- 16.** Quel est votre lieu de naissance ?

Commune de naissance ..... Arrondissement de naissance: .....  
(pour Paris, Lyon, Marseille)

Département de naissance □□ ; Si vous êtes né(e) hors métropole : .....

- 17.** Quel est votre niveau d'études ?

- 1 Aucun diplôme  
 2 Certificat d'études primaires ou CAP  
 3 Brevet des Collèges (BEPC) ou niveau 3<sup>ème</sup>  
 4 BAC, niveau BAC ou Brevet Professionnel  
 5 BAC + 2 ou plus

- 18.** Vivez-vous seul(e) ?  1 OUI  2 NON

- 19.** Quelle est votre taille ? □□, □□□ m Votre poids ? □□□□ kg

- 20.** Fumez-vous de façon habituelle ?  1 OUI  2 NON

- 21.** Pratiquez-vous régulièrement à la maison, au travail ou dans vos loisirs une activité physique (par exemple activités ménagères, jardinage, bricolage, marche, travaux de bâtiment ou de manœuvre, ou sport) ?  
 1 OUI  2 NON

- 22.** Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

- Excellente 1  
Très bonne 2  
Bonne 3  
Médiocre 4  
Mauvaise 5