

VOUS ET VOTRE MÉDICAMENT : COMMENT L'ACCEPTEZ-VOUS ?

Nom du médicament pris par le patient (à remplir par le pharmacien) :

.....

Avant de remplir ce questionnaire, merci d'indiquer la date d'aujourd'hui :

/ / / / / / / / / / / / / / /
 jour mois année

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une étude scientifique : ce questionnaire a été conçu pour connaître et mieux comprendre votre vécu et votre opinion par rapport à votre médicament . Après l'avoir rempli, vous le remettrez directement à votre pharmacien.

Les informations contenues dans ce questionnaire resteront strictement anonymes et confidentielles.

Pour répondre aux questions suivantes, il vous suffit de choisir la réponse qui correspond le mieux à votre situation avec votre médicament.

Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation. Il n'y a pas de réponse « juste » ou « fausse ».

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire dans un endroit calme et si possible seul(e).

Nous vous remercions de votre participation.

Pour répondre aux questions suivantes, il vous suffit de cocher d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à votre situation avec votre médicament.

Votre médicament

1. La préparation de votre médicament est-elle pour vous un inconvénient ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Oui et ce n'est pas facile à accepter | Oui, mais c'est facile à accepter | Non | Mon médicament ne nécessite aucune préparation |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

2. La voie d'administration de votre médicament est-elle pour vous un inconvénient ? (exemples de voie d'administration d'un médicament : avalé par la bouche, injecté avec une seringue, pris par le nez, etc...)

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Oui et ce n'est pas facile à accepter | Oui, mais c'est facile à accepter | Non |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

3. La forme de votre médicament est-elle un inconvénient ? (exemples de forme d'un médicament : comprimé, gélule, poudre en sachet, seringue, perfusion, inhalateur, etc...)

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Oui et ce n'est pas facile à accepter | Oui, mais c'est facile à accepter | Non |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

La durée de votre traitement

4. Prenez-vous votre médicament depuis longtemps ?

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

5. Allez-vous devoir prendre votre médicament pendant longtemps ?

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

For review purpose only

Les contraintes de votre médicament

6. **Devoir penser à prendre votre médicament, est-ce une contrainte pour vous ?**

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

7. **Devoir prendre le temps d'aller chercher votre médicament à la pharmacie, est-ce une contrainte pour vous ?**

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

8. **Penser à emporter votre médicament avec vous, est-ce une contrainte pour vous ?**

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

Je n'ai jamais besoin d'emporter mon médicament avec moi

₄

9. **Toujours avoir votre médicament sur vous, est-ce une contrainte pour vous ?**

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

Je n'ai pas toujours besoin d'avoir mon médicament sur moi

₄

10. **Votre médicament demande-t-il des conditions particulières de conservation lors de déplacements ?**

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

11. **Trouvez-vous que vous avez beaucoup de médicaments à prendre ?**

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

12. Votre médicament peut-il se prendre discrètement ?

Non et ce n'est pas facile à accepter

1

Non, mais c'est facile à accepter

2

Oui

3

13. Devoir prendre votre médicament régulièrement, est-ce devenu une routine pour vous ?

Non et ce n'est pas facile à accepter

1

Non, mais c'est facile à accepter

2

Oui

3

Je ne dois pas prendre mon médicament régulièrement

4

14. La fréquence (rythme) à laquelle vous devez prendre votre médicament est-elle une contrainte pour vous ?

Oui et ce n'est pas facile à accepter

1

Oui, mais c'est facile à accepter

2

Non

3

For review purpose only

Les effets secondaires de votre médicament

15. Votre médicament a-t-il sur vous des effets secondaires ?

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

16. Ces effets secondaires sont-ils désagréables ?

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

Je n'ai pas d'effets secondaires

₄

17. Ces effets secondaires sont-ils handicapants ?

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

Je n'ai pas d'effets secondaires

₄

18. Devez-vous prendre des médicaments en plus à cause des effets secondaires de votre médicament ?

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

Je n'ai pas d'effets secondaires

₄

19. Avec votre médicament risquez-vous des effets secondaires graves pour votre santé ?

Oui et ce n'est pas facile à accepter

₁

Oui, mais c'est facile à accepter

₂

Non

₃

Je ne sais pas

₄

L'efficacité de votre médicament

20. Votre médicament vous semble-t-il efficace, sur vous ?

Non et ce n'est pas facile à accepter	Non, mais c'est facile à accepter	Oui	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

21. Votre médicament semble-t-il vous protéger suffisamment ?

Non et ce n'est pas facile à accepter	Non, mais c'est facile à accepter	Oui	Je ne sais pas	Mon médicament n'a pas pour but de me protéger
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

22. Votre médicament agit-il rapidement sur votre maladie ?

Non et ce n'est pas facile à accepter	Non, mais c'est facile à accepter	Oui
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

For review purpose only

Globalement, votre médicament

23. Etes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : "mon médicament a plus d'avantages que d'inconvénients" :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

24. Compte tenu de ses avantages et de ses inconvénients, votre médicament vous semble-t-il une solution acceptable ?

Pas du tout acceptable	Plutôt pas acceptable	Plutôt acceptable	Tout à fait acceptable	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

25. Sur le long terme, êtes-vous convaincu(e) que cela vaut la peine de prendre votre médicament ?

Pas convaincu(e) du tout	Assez peu convaincu(e)	Plutôt convaincu(e)	Tout à fait convaincu(e)	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation