



Recueil de données / greffe Rénale

Bonjour,

Nous souhaitons que ton projet d'éducation thérapeutique corresponde au mieux à tes besoins.

Ainsi, pour mieux te connaître, nous te remercions de nous aider en remplissant ce questionnaire.

Deux façons sont possibles : soit seul et nous en parlerons après soit avec notre aide.

Questionnaire rempli par : Le patient Avec le patient Avec le patient et ses parents

▪ Nom- Prénom.....Date de naissance et âge :.....

Tout d'abord, parlons de ta maladie et de ta greffe :

▪ Explique-nous avec tes propres mots, ce qu'est ta maladie, comment te l'a-t-on découverte, quels sont les risques, les complications,... Bref, tout ce que tu sais de ta maladie !

.....
.....
.....
.....

▪ Explique-nous, avec tes propres mots, ce qu'est une greffe rénale.

.....
.....
.....
.....

▪ Depuis quand es tu greffé ?.....

▪ Quels changements la greffe a-t-elle entraînée sur ta vie ?

.....
.....
.....

▪ Est-ce qu'il t'arrive de penser au donneur, de te poser des questions sur lui ?

.....
.....

▪ As-tu été dialysé ? Oui Non

▪ Dialyse péritonéale ? Oui Non Hémodialyse? Oui Non

▪ Raconte- nous comment se passaient tes séances de dialyse ?

.....
.....
.....



- Que penses-tu de la fistule ?

.....
.....

- Est-ce que ton apparence physique a changé depuis ta greffe ? Oui Non
Si oui, est ce que tes camarades ou tes proches se sont aperçus du changement ?

.....
.....

- Que penses-tu de ta ou tes cicatrices ?

.....
.....

Maintenant parlons de ton traitement :

- Peux-tu nous citer tes médicaments et dire à quoi ils servent, si tu le sais :

Nom du médicament	Combien en prends-tu le matin ?	Combien en prends-tu le midi ?	Combien en prends-tu le soir ?	A quoi sert-il ?

- Lequel ou lesquels te semble le ou les plus important(s)?

.....
.....

- Sais-tu jusqu'à quand tu dois prendre ton traitement ?

Pendant quelques temps toute ma vie je ne sais pas

- T'arrives t-il de l'oublier ? Oui Non



Si oui, à quel(s) moment(s) ?.....
.....

▪ Que fais-tu alors ?
.....
.....

▪ Quel est ton truc pour ne pas oublier ?
.....
.....

▪ As-tu des difficultés pour prendre un ou des médicament(s) en particulier ? Oui Non
Si oui peux tu nous dire le(s)quel(s) et pourquoi?
.....
.....
.....

▪ La prise de ton traitement te dérange t'elle et pourquoi ? A quel(s) moment(s) de la journée la prise de tes médicaments est le plus difficile ?
.....
.....
.....

▪ Penses tu que ton traitement est efficace ? Oui Non je ne sais pas

▪ Si non peux tu me dire pourquoi ?
.....
.....

▪ Sur une échelle de 0 à 10, pourrais-tu me dire comment tu prends ton traitement ?

0 correspondant à : « je ne prends jamais mon traitement »

10 correspondant à : « je prends parfaitement mon traitement tous les jours et de la bonne façon »

Entoure le chiffre qui se rapproche de la façon dont tu penses prendre ton traitement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

▪ Qui s'occupe de ton traitement ?

Tu le prends et le gères seul tu te fais aider une autre personne s'en occupe pour toi

▪ Quelle est la personne qui s'en occupe ou qui t'aide ?.....
.....
.....

▪ Sais-tu préparer un jour de traitement ? Oui Non



Enfin parlons de ta vie de tous les jours :

- Connais-tu les signes qui doivent t'alerter ? Oui Non

Peux-tu me les citer ?

.....
.....
.....
.....

- Qui alertes-tu ? Ou en cas d'alerte que fais-tu ?

.....
.....

- Combien bois-tu par jour ? (eau, lait, jus de fruit...).....

- Penses tu que c'est suffisant ? Oui Non

- Si non pourquoi ?

.....
.....

- Dois-tu encore adapter ton alimentation par rapport à ta greffe ? Oui Non

Si oui, comment ? Et sais-tu combien de temps ?

.....
.....

- Rencontres-tu des difficultés pour tes repas ? Oui Non

Si oui pourquoi ?

.....
.....

- Ou prends-tu tes repas ?.....

- Depuis ta greffe as-tu plus de plaisir à manger, redécouvres tu le goût de certains aliments ?

.....
.....

- As-tu déjà rencontré la diététicienne d'éducation thérapeutique ? Oui Non

- Comment cela se passe à l'école ?

- Si tu es en difficulté, nous pouvons en parler et (peut être) t'aider ?

.....
.....
.....

- As-tu parlé de ta maladie à tes camarades ? Oui Non



- Veux tu que l'on t'aide dans cette démarche ?

.....
.....
.....

- As-tu des questions par rapport à ta vie amoureuse et sexuelle ? Oui Non
- Penses tu que la greffe peut changer ou va changer des choses dans ta vie amoureuse ou sexuelle ?

.....
.....
.....

- Qu'est ce qui est important dans ta vie, quels sont tes projets ?

.....
.....
.....

- Est-ce que tu penses que ta maladie peut en empêcher certains ? Oui Non
Si oui le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

- As-tu des questions particulières, des attentes, souhaites-tu aborder un thème en particulier ?

.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce (questionnaire) recueil qui nous aidera à mieux cerner tes besoins.

Si tu le souhaites ou (que tu as besoin de quelque chose), tu peux nous joindre par téléphone ou email :

Secrétariat du Dr Astrid Godron au 05.57.79.87.25 ou astrid.godron@chu-bordeaux.fr
Florence Lucats, puéricultrice au 05.57. 05.57.82.09.30 ou florence.lucats@chu-bordeaux.fr
Marine Boisserie, diététicienne au 05.57.82.05.38 ou marine.boisserie@chu-bordeaux.fr