

Lors des rendez-vous médicaux, il peut parfois être difficile d'évoquer des aspects importants concernant l'impact de la MICI* sur votre vie quotidienne ; il peut y avoir beaucoup de choses à traiter dans le temps disponible ou il se peut que le sujet de la discussion vous soit intime. Remplir ce questionnaire aidera à recentrer les conversations avec votre médecin pour faciliter ces discussions et faire en sorte que toutes les préoccupations que vous pourriez avoir puissent être abordées lors de votre rendez-vous. **Remplissez ce questionnaire juste avant votre rendez-vous médical.**

Votre bien-être physique

Q1. Y a-t-il une préoccupation ou une inquiétude d'ordre physique dont vous aimeriez discuter aujourd'hui (p. ex., passages des selles, douleurs abdominales/articulaires [ou autres], sang dans les selles, sommeil, nausées, manque d'énergie, autre chose) ?

Veillez préciser :

Q2. Combien de passages à la selle effectuez-vous en moyenne par jour ?

Veillez fournir des détails sur :

- Toute douleur abdominale ou présence de sang dans les selles
- Les différences selon le moment de la journée
- La consistance de vos selles
- L'existence d'un besoin urgent d'aller aux toilettes

Veillez préciser :

Q3. Avez-vous pris des stéroïdes au cours des 6 derniers mois ?

Si oui, veuillez préciser à quelle fréquence et à quelles doses :

Veillez cocher une case

OUI NON

Remarque : les stéroïdes peuvent inclure des médicaments tels que la prednisone, la méthylprednisolone, l'hydrocortisone, le dipropionate de bécloéthasone, etc.

Q4. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté les urgences ou été hospitalisé(e) pour votre MICI ?

Si oui, veuillez préciser :

Veillez cocher une case

OUI NON

Votre bien-être psychique et social

Q5. Y a-t-il une préoccupation ou une inquiétude concernant votre bien-être psychique/social dont vous aimeriez discuter aujourd'hui (p. ex. école/travail, fonctionnement sexuel ou relations sexuelles, votre état émotionnel, autre chose) ?

Veillez préciser :

Q6. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) du contrôle de votre MICI par votre traitement actuel ? (Veillez sélectionner votre score)

TRÈS INSATISFAIT(E)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TRÈS SATISFAIT(E)
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Veillez donner la raison de votre score :

Q7. Au cours des 6 derniers mois, votre MICI a-t-elle affecté votre capacité à effectuer des activités quotidiennes ? (Veillez sélectionner votre score)

PAS DU TOUT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TRÈS FORTEMENT
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

(Veillez sélectionner toutes les activités qui ont été affectées et fournir des détails dans le champ ci-dessous)

Travail/études	Prendre soin de votre famille	Faire vos courses	Tenue de la maison	Activités sociales/de loisir	Autre
----------------	-------------------------------	-------------------	--------------------	------------------------------	-------

Veillez préciser :

Q8. Questions relatives à la fixation d'objectifs : quel est votre objectif principal pour la prise en charge/le traitement de votre MICI à court terme (par exemple, sur les 3 prochains mois) et à long terme (par exemple, sur les 1 à 2 prochaines années) ?

À court terme :

À long terme :