

Date de la visite <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (jj / mmm / aaaa)	Identité du sujet de l'étude 1701- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du patient <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Par ex. <u>Dupont</u> Jean DUJE	 SMART-C
QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PARTICIPANT - RVS12 (Semaine 20)			

INSTRUCTIONS

Pour les questions suivantes, veuillez cocher les cases appropriées.

1. Consultations hospitalières

Après avoir complété votre programme de traitement contre l'hépatite C, lesquelles des visites suivantes après le début du traitement, pensez-vous nécessaire d'être réalisées dans la clinique ?

Sélectionnez tout ce qui s'applique :

Semaine 4	Semaine 8 (FdT - fin du traitement)	Semaine 20 (SVR12 - 12 semaines après le traitement)	Visites supplémentaires en semaines autres que celles spécifiées
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Consultations chez le médecin

- a. Depuis que vous avez commencé le traitement, avez-vous consulté un médecin (autre que les médecins de l'étude) pour des soins médicaux ?

Cochez 1 seule réponse

- Oui
 Non (passez à la section 3 - choix du malade)

- b. Pour quelle raison avez-vous consulté le médecin et combien de fois ?

Raison	Cochez si oui	Nombre de fois
Effets secondaires du traitement	<input type="checkbox"/>	
Santé mentale	<input type="checkbox"/>	
Maladies existantes (par ex. VIH, diabète)	<input type="checkbox"/>	
Nouveaux problèmes médicaux	<input type="checkbox"/>	

Date de la visite □□/□□□□/□□□□ (jj /mmm/ aaaa)	Identité du sujet de l'étude 1701-□□□□□□-□□	Initiales du patient □□□□ Par ex. Dupont Jean DUJE	 SMART-C
QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PARTICIPANT - RVS12 (Semaine 20)			

3. Choix du malade

Maintenant que vous avez terminé le traitement, si vous deviez répéter le traitement, veuillez indiquer votre opinion sur les énoncés suivants en cochant 1 case par rangée.

Déclaration	1 Pas du tout d'accord	2 Pas d'accord	3 Pas d'opinion forte	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord
Vous vous attendiez à être consulté par un médecin en clinique au cours du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous attendiez à être vu par une infirmière en clinique au cours du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le contact téléphonique pendant le traitement est tout aussi bon que les visites cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'ensemble, vous êtes satisfait de votre plan de suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>