

ACTION CONTRE LES SPONDYLARTHROPATHIES

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous rejoindre au sein de l'association et de bien vouloir répondre à ce questionnaire qui nous permettra de mieux cerner vos besoins et demandes.

Vos réponses et coordonnées font l'objet d'un traitement informatique, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant sur simple demande de votre part à A.C.S., en application de l'article 39 et suivant de la loi du 6 janvier 1978.

A.C.S. est déclarée à la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Nom :.....
Prénom :.....
Adresse :.....
Ville :..... Code Postal :.....
Tel Fixe :..... Tel portable :.....
e.mail :.....
Date de naissance :/...../.....

1) Comment nous avez-vous connu ?

.....

2) Depuis quand êtes-vous atteint de SA ?

A quel Age :.....

3) Dans quels délais avez-vous obtenu le bon diagnostic ?

.....

4) Y a-t-il d'autres membres de votre famille atteints de SPA ? Si oui combien et lien de parenté ?

.....

5) Pensez-vous être bien informé sur la maladie et ses traitements ?

.....

6) Quelles sources avez-vous consulté pour obtenir des informations sur vos problèmes de rhumatismes ?

.....

7) Quelle est la fréquence de vos visites chez votre médecin ou votre spécialiste pour votre maladie ?

Médecin :.....Spécialiste :.....

8) Quels sont les délais pour obtenir un rendez-vous ?

.....

9) Quel est l'impact de votre maladie sur votre qualité de vie et vos activités quotidiennes ?

.....

.....

10) Quels sont les traitements que vous prenez ?

11) Etes-vous satisfait dans l'ensemble des traitements prescrits ?

.....

12) Avez-vous une activité professionnelle ? Si non, est-ce à cause de la S.A ?

13) Si non, envisagez vous de reprendre une activité ?

14) Connaissez vous ou bénéficiez vous d'aide de (A) la Maison Départementale des Personnes handicapées « MDPH » (Taux d'incapacité, AAH) ou (B) d'un autre organisme ? (C) Connaissez vous l'AGEFIPH ?

A...../B...../C.....

15) Auriez-vous un peu de votre temps libre à consacrer ponctuellement à l'association ?

.....

16) Les jours et heures de la permanence à Nice vous conviennent -ils ou en souhaiteriez vous d'autres en semaine ? Actuellement les 2^{ème} et 4^{ème} vendredi du mois de 11 à 13 heures.

.....

17) Possédez vous un exemplaire de « La Spondy.A. en 100 questions » édité par l'hôpital Cochin de Paris ?

.....

18) Fréquenteriez vous nos réunions ?

Vos suggestions de thèmes :

19) La « Ligne bleue » notre journal d'information a évoluée, que désirez vous y trouver en priorité ?

.....

20) Pour vous rendre à nos réunions, le co-voiturage vous intéresse-t-il ?

Si oui vous pouvez contacter Christine CHASSAGNE au :  N° Indigo 0 820 066 350

21) Apportez vos commentaires, qu'attendez vous de nous en priorité ? Pour que nous puissions nous améliorer.

A).....

B).....

C).....

22) Désirez vous recevoir un reçu fiscal ?

Pour notre organisation nous vous serions reconnaissant de bien vouloir nous retourner ce questionnaire dans la semaine. Nous vous remercions encore d'avoir pris un peu de votre temps pour nous répondre, vos réponses et suggestions vont nous aider à mieux remplir notre mission.

Le bureau