

# FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Date \_\_\_\_\_ animateur \_\_\_\_\_

Session \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Excellent    Acceptable    Inadéquat



**Comment était l'atteinte des objectifs?**

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

**Comment était le contenu?**

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

**Comment était le matériel éducatif et visuel?**

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

**Comment était le temps alloué à la session?**

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

**L'ensemble de la session était...**

Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

MERCI!

# Questionnaire des attentes et intérêts

Date \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

*Suite à ce programme nous voulons nous assurer que vous atteindrez vos objectifs et que nous pourrons répondre le plus possible à vos besoins. Nous vous demandons de réfléchir et de décrire vos besoins, vos craintes et vos objectifs personnels. N'hésitez pas à nous demander de l'aide au besoin et à poursuivre au verso de la feuille!*

## **Afin de bien de vous guider dans l'exercice... répondre aux questions suivantes:**

Est-ce que vous vous interrogez sur la maladie, les symptômes, les médicaments, la trajectoire de la maladie, etc.? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Éprouvez-vous des difficultés à faire certaines activités et ce en raison de l'essoufflement à l'effort?  
*Si oui, lesquelles* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quelles tâches ou activités souhaiteriez-vous accomplir plus facilement au terme de ce programme?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y a t'il des activités que vous avez cessées a cause de votre essoufflement et que vous aimeriez reprendre? *Si oui, lesquelles* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il est possible que votre MPOC ait un impact sur vos relations avec votre famille et vos amis. Certains patients se sentent mal compris et isolés, ils diminuent les sorties. Comment vous et votre famille vivez-vous cela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comme c'est souvent le cas pour les maladies chroniques, la MPOC peut avoir un impact sur la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs familles. Vous sentez-vous perdu ou déprimé et/ou songez-vous à redéfinir vos rêves personnels, votre vie, etc.? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **VOS BUTS / BESOINS/ CRAINTES / OBJECTIFS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_