

## Questionnaire renseignement patient 2017

Nous faisons appel à vous afin de mieux comprendre ce que vous attendez du traitement de votre diabète. Nous sommes en train de mettre au point un nouveau dispositif médical et aimerions l'améliorer selon les demandes et les besoins des patients, dans la mesure du possible.

**Attention, veuillez NE PAS indiquer votre nom ou toutes autres informations (téléphone, e-mail, adresse...) qui nous permettraient de vous identifier.**

*Si vous répondez au questionnaire au nom d'une personne diabétique, merci d'indiquer votre situation par rapport à celle-ci (parent, personnel médical...) dans la question 1.*

Merci de bien vouloir consacrer quelques minutes afin de répondre aux questions qui suivent:

- soit directement en ligne à l'adresse suivante : <http://bit.ly/2sBWYco>
- soit sur ce formulaire papier à nous renvoyer :
  - \* par e-mail à l'adresse suivante : info@defymed.com;
  - \* par courrier à l'adresse : Defymed, 8 Avenue Dante, 67200 Strasbourg, France

**Merci de nous retourner le questionnaire complété avant le 31 octobre 2017**

1) Etes-vous ?	<input type="checkbox"/> Un homme <input type="checkbox"/> Une femme <input type="checkbox"/> Situation si je répond au nom d'un diabétique :
2) Quelle est votre année de naissance ?	
3) Vous êtes diabétique, mais quel type de diabète ?	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> Ne sait pas
4) Depuis combien d'années avez-vous été diagnostiqué pour votre diabète ?	<input type="checkbox"/> ≤ 1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 6 et 10 ans <input type="checkbox"/> Entre 11 et 20 ans <input type="checkbox"/> Entre 21 et 30 ans <input type="checkbox"/> > 30 ans
5) Quelle est votre valeur moyenne d'hémoglobine glyquée ?	<input type="checkbox"/> ≤ 6% <input type="checkbox"/> > 6 % et ≤ 7% <input type="checkbox"/> > 7 % et ≤ 8% <input type="checkbox"/> > 8 % et ≤ 9% <input type="checkbox"/> > 9 % et ≤ 10% <input type="checkbox"/> >10%
6) Comment jugez-vous la stabilité de votre glycémie ?	<input type="checkbox"/> Bonne (peu ou pas d'événements d'hyper/hypo-glycémie) <input type="checkbox"/> Plutôt bonne (1 à 2 événements d'hyper/hypo-glycémie par semaine) <input type="checkbox"/> Instable (3 à 5 événements d'hyper/hypo-glycémie par semaine) <input type="checkbox"/> Incontrôlable (> 5 événements d'hyper/hypo-glycémie par semaine)

7) Combien de mesures de glycémies capillaires faites-vous par jour ?	<input type="checkbox"/> Moins de 7 par semaine
	<input type="checkbox"/> 1 par jour
	<input type="checkbox"/> 3 par jour
	<input type="checkbox"/> Plus de 3 par jour
	<input type="checkbox"/> J'utilise le free style libre (capteur de glycémie en continue)
	<input type="checkbox"/> J'utilise un capteur de glycémie couplé à une pompe à insuline externe (pancréas artificiel)
8) Quel type de traitement suivez-vous pour soigner votre diabète ( <u>plusieurs réponses possibles</u> ) ?	<input type="checkbox"/> Activités physiques et amélioration de l'alimentation
	<input type="checkbox"/> Médicaments oraux
	<input type="checkbox"/> Analogues du GLP1
	<input type="checkbox"/> Insulinothérapie
	<input type="checkbox"/> Greffe d'îlots pancréatiques + traitement immunosuppresseur
	<input type="checkbox"/> Greffe de pancréas + traitement immunosuppresseur
9) Selon vous, qu'est-ce qui vous semble le moins performant dans votre traitement ? ( <u>Plusieurs réponses possibles</u> )	<input type="checkbox"/> Nécessité d'une surveillance continue de mon diabète
	<input type="checkbox"/> Nombre d'hypoglycémies non expliquées
	<input type="checkbox"/> Nombre d'hyperglycémies non expliquées
	<input type="checkbox"/> Confort du patient
	<input type="checkbox"/> Discrétion du traitement
	<input type="checkbox"/> Equilibre glycémique instable
	<input type="checkbox"/> Diminution des complications du diabète
	<input type="checkbox"/> Piqûres pour l'injection d'insuline
	<input type="checkbox"/> Piqûres pour la mesure de la glycémie
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

**La suite du questionnaire s'adresse uniquement aux diabétiques qui ont besoins d'injections d'insuline. Si ce n'est pas votre cas, vous pouvez arrêter le questionnaire maintenant et nous le faire parvenir.**

10) Si vous êtes sous insulinothérapie, quel dispositif médical utilisez-vous actuellement pour administrer votre insuline ?	<input type="checkbox"/> Seringue
	<input type="checkbox"/> Stylo
	<input type="checkbox"/> Pompe externe
	<input type="checkbox"/> Pompe-patch (absence de cathéter qui relie la pompe au set d'infusion, type Omnipod®)
	<input type="checkbox"/> Pompe implantable
	<input type="checkbox"/> Capteur de glycémie couplé à une pompe externe (type pompe Véo ou 640G) = Pancréas artificiel
<input type="checkbox"/> Autres, précisez :	

La délivrance d'insuline par un dispositif médical **bien toléré par le corps** dans un **site physiologique** (qui se rapproche de la sécrétion d'insuline chez le non diabétique, site intrapéritonéale) pourrait permettre d'améliorer l'efficacité du traitement par insuline par rapport aux injections sous cutanées. Ce système de délivrance d'insuline sera implanté dans l'abdomen (3 à 5 cm de diamètre) et connecté à un **dispositif de délivrance sous-cutanée d'insuline** (seringue, stylo, pompe, pancréas artificiel). Il ne sera donc pas obligatoire de changer les habitudes des patients quant à leurs dispositifs d'injections. Ce dispositif devrait permettre d'**améliorer la prise en charge** du diabète en améliorant l'administration d'insuline (administration plus proche de la sécrétion d'un pancréas normal), et en **diminuant le risque d'évènements d'hyper ou d'hypoglycémies** (meilleure stabilité glycémique).

11) L'implantation de ce type de dispositif médical de délivrance d'insuline dans un site physiologique (intrapéritonéal) pourrait permettre d'améliorer significativement l'efficacité de votre traitement, seriez-vous prêt à implanter ce type de dispositif médical ? ( <u>Plusieurs réponses possibles</u> )	<input type="checkbox"/> Oui si la chirurgie est simple (ambulatoire)
	<input type="checkbox"/> Oui si la cicatrice est peu visible
	<input type="checkbox"/> Oui pour d'autres raisons (merci de préciser ci-dessous)
	<input type="checkbox"/> Non la chirurgie me fait peur
	<input type="checkbox"/> Non je préfère ne pas utiliser de dispositif implantable
	<input type="checkbox"/> Non pour d'autres raisons (merci de préciser ci-dessous)
	<input type="checkbox"/> Si vous avez répondu OUI ou NON pour d'autres raisons, pouvez-vous préciser brièvement quelles sont vos raisons/craintes pour faire ce choix?

Le dispositif médical de délivrance d'insuline dans un site physiologique sera optimisé pour l'utilisation avec un dispositif d'injection spécifique qui correspondra ou non à votre dispositif habituel. **Veillez répondre à la question 12 ou 13 en fonction de votre dispositif d'injection d'insuline.**

12) Si vous utilisez actuellement un <b>stylo ou une seringue</b> pour faire vos injections d'insuline. Seriez-vous prêt à modifier vos habitudes d'injection pour utiliser le dispositif en question?	<input type="checkbox"/> Oui s'il s'agit d'une pompe externe
	<input type="checkbox"/> Oui s'il s'agit d'une pompe patch
	<input type="checkbox"/> Oui s'il s'agit du pancréas artificiel (Capteur de glycémie couplé à une pompe externe type pompe Véo ou 640G)
	<input type="checkbox"/> Non je souhaite garder mon dispositif d'injection actuel en combinaison avec le dispositif en question
	<input type="checkbox"/> Non je ne veux pas utiliser le dispositif en question
13) Si vous utilisez actuellement <b>une pompe ou un pancréas artificiel</b> pour faire vos injections d'insuline. Seriez-vous prêt à modifier vos habitudes d'injection pour utiliser le dispositif en question?	<input type="checkbox"/> Oui s'il s'agit d'une seringue
	<input type="checkbox"/> Oui s'il s'agit d'un stylo
	<input type="checkbox"/> Non je souhaite garder mon dispositif d'injection actuel en combinaison avec le dispositif en question
	<input type="checkbox"/> Non je ne veux pas utiliser le dispositif en question

14) Quelles sont vos attentes vis-à-vis des améliorations que cette solution peut apporter ? ( <i>Plusieurs réponses possibles</i> )	<input type="checkbox"/> Diminution de la surveillance continue de son diabète
	<input type="checkbox"/> Diminution des hypoglycémies non expliquées
	<input type="checkbox"/> Diminution des hyperglycémies non expliquées
	<input type="checkbox"/> Amélioration du confort du patient
	<input type="checkbox"/> Traitement plus discret
	<input type="checkbox"/> Meilleur équilibre glycémique
	<input type="checkbox"/> Diminution des complications du diabète
	<input type="checkbox"/> Diminution du nombre de piqûres pour l'injection d'insuline
	<input type="checkbox"/> Diminution du nombre de piqûres pour la mesure de la glycémie
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

### Merci de votre participation

Vous pouvez désormais nous renvoyer le questionnaire ci-dessus rempli :

- Par e-mail à l'adresse suivante : [info@defymed.com](mailto:info@defymed.com);
- Par courrier à l'adresse suivante : Defymed, 8 Avenue Dante, 67200 Strasbourg, France
- Ou directement en ligne : <http://bit.ly/2sBWYco>

**Merci de nous retourner le questionnaire complété avant le 31 octobre 2017**