

Identifiant du patient :

Date du diagnostic :

PARTIE QUALITATIVE

Suggestion de questions ouvertes à poser aux patients :

- 1. Pourriez-vous vous présenter ?**
 - Milieu de vie, activités, parcours professionnel...
- 2. Pourriez-vous m'expliquer votre parcours médical ?**
 - Maladie, annonce du diagnostic
- 3. Depuis que vous avez reçu le document vous informant de cette consultation :**
 - Avez-vous des attentes particulières ?
 - Qu'avez-vous pensé de ce document ?
- 4. Comment décririez-vous votre alimentation ?**
 - Qu'est-ce qu'elle représente pour vous : plaisir, obligation, partage, contrainte... ?
- 5. Comment décririez-vous votre alimentation depuis que vous présentez votre fibrose ?**
 - Quels points liés à votre alimentation vous posent le plus problème ?
 - Pouvez-vous citer 3 points qui vous semblent les plus importants à aborder pour vous ?
 - Présentez-vous certains problèmes dans votre alimentation ?
 - o Si oui, détailler.
 - o Si oui, comment avez-vous essayé de les résoudre ?
- 6. Que savez-vous sur l'alimentation en lien avec votre maladie ?**
 - Savez-vous me décrire les impacts possibles de votre maladie sur votre alimentation ?

- 7. Qu'auriez-vous aimé connaître au moment du diagnostic de votre maladie ?**
 - Quand préférez-vous avoir ces consultations ?
 - Préférez-vous que ces consultations se fassent sur base de votre demande personnelle ou à la demande du médecin ou systématiquement prévue ?

- 8. Pourriez-vous me décrire comment évolue votre alimentation / Appétit depuis le diagnostic de votre fibrose ?**
 - Pensez-vous que votre alimentation peut influencer sur votre force musculaire, si oui comment ?
 - Comment pourriez-vous améliorer cela ?

- 9. Comment décririez-vous l'utilité de ces consultations dans l'accompagnement des patients avec une fibrose comme la vôtre ?**

- 10. Comment préférez-vous que ces consultations soient organisées ?**
 - Pensez-vous qu'il serait intéressant de voir une diététicienne dès votre diagnostic de fibrose ?
 - Préférez-vous fonctionner selon votre demande personnelle ou selon les conseils du médecin ?

- 11. Pensez-vous manger suffisamment pour répondre aux besoins de votre corps ?**

PARTIE QUANTITATIVE

- 1. Trouvez-vous que la mise en place de consultation diététique serait utile dans votre prise en charge globale ?**
 - Pas du tout d'accord
 - Pas d'accord
 - Sans avis
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

- 2. Évolution pondérale :**
 - Poids au moment du diagnostic :
 - Poids habituel :
 - Poids actuel :
 - Poids à 1 an :
 - Si perte de poids : ... % en ... Mois (semaine/année)
 - Volontaire
 - Involontaire

- 3. Morphologie → IMC =** kg/m² (taille = ... cm)
 - Maigreur
 - Normale
 - Surpoids
 - Obésité

- 4. Circonférence brachiale :** ... cm (repos) ... cm (contracté)

- 5. Données de bio-impédancemétrie (cf. données imprimées par la balance)**

- 6. Comment évalueriez-vous votre force musculaire sur une échelle de 0 à 10 ? :**
 - 0-1/10 = nulle
 - 2/10 = très faible
 - 3-4/10 = faible
 - 5/10 = moyenne
 - 7/10 = légèrement diminuée
 - Normal/bonne = 10/10

- 7. Diriez-vous que vous avez perdu en autonomie pour vos AQ depuis le début de votre maladie ?**
 - Pas du tout d'accord
 - Pas d'accord
 - Sans avis
 - Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord

- 8. Comment évalueriez-vous votre autonomie sur une échelle de 0 à 10 ? :**
 - 0-1/10 = nulle
 - 2/10 = très faible
 - 3-4/10 = faible
 - 5/10 = moyenne
 - 7/10 = légèrement diminuée
 - Normal/bonne = 10/10

- 9. Comment évalueriez-vous votre appétit sur une échelle de 0 à 10 ? :**
 - 0-1/10 = nulle
 - 2-3/10 = très faible
 - 4/10 = faible
 - 5/10 = moyen
 - 7/10 = légèrement diminué
 - Normal/bon = 10/10



Identifiant du patient :

10. Médicament(s) anti-fibrotique(s) prescrit(s) :

11. Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

12. Ressentez-vous un des effets secondaires suivants ? Si « OUI », à quelle fréquence

<i>Effets secondaires</i>	<i>Fréquences</i>	<i>Effets secondaires</i>	<i>Fréquences</i>
<input type="radio"/> Perte d'appétit	<input type="radio"/> < 1 x/sem <input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/> Difficultés à la digestion	<input type="radio"/> < 1 x/sem <input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour
<input type="radio"/> Diarrhées	<input type="radio"/> < 1 x/sem <input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/> Vomissements	<input type="radio"/> < 1 x/sem <input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour
<input type="radio"/> Constipation	<input type="radio"/> < 1 x/sem <input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/> Autre Modification du goût Reflux ...	<input type="radio"/> < 1 x/sem <input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour
<input type="radio"/> Nausées	<input type="radio"/> < 1 x/sem <input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois / j	<input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> < 1 x/sem <input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois / j

13. Est-ce que votre traitement anti-fibrotique a-t-il déjà été adapté/stoppé suite à ces symptômes ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

14. Anamnèse nutritionnelle (rappel de 24 heures) :

- Déjeuner :

- Collation matinée :

- Diner :

- Collation après-midi :

- Souper :

- Collation soirée :

- Boissons :
 - o Pamplemousse/jus
 - o Tasse de café

Bilan calorique :	kcal	Protéines
	→ ... kcal/kg	... g de protéines/kg
Objectifs théoriques :	kcal	Protéines

Conseils remis :

-
-
-
-
-
-



Faculté de santé publique (FSP)



CONSULTATION DE SUIVI DIETETIQUE

PARTIE QUALITATIVE

1. Qu'avez-vous retenu de cette première consultation ?

- Des conseils remis ?
- De l'intérêt des consultations dans la FPI ?

2. Cette première consultation a-t-elle répondu à vos attentes ?

- Si oui, comment celle-ci vous a aidé ?
- Est-ce que cette consultation vous a aidé/été utile ?
- Auriez-vous de nouvelles attentes pour la suite ?

3. Avez-vous mis certains conseils en pratique ?

- **Comment** avez-vous mis en place ces conseils ?
- Avez-vous présenté des **obstacles/difficultés** à la mise en place de ces conseils ?

4. Comment votre alimentation a-t-elle évoluée depuis notre première consultation ?

- Rencontrez-vous de nouveaux problèmes en lien avec votre alimentation depuis notre première consultation ?
- Pensez-vous manger suffisamment pour répondre aux besoins de votre corps ?
- Pourriez-vous me décrire comment évolue votre alimentation / Appétit depuis notre premier rendez-vous ?

5. Comment pourrions-nous mettre en place ces consultations dans la pratique ?

- Comment préférez-vous recevoir ces informations ?
- Quand préférez-vous recevoir ces informations (exemples : au diagnostic, sur base des conseils du médecin...) ?
- Que pensez-vous de livrets de conseils nutritionnels et de recettes par exemple ?

6. Comment préféreriez-vous recevoir ces conseils ?

- Quel support/format/outil ?



Identifiant du patient :

Identifiant du patient :

Date du diagnostic :

Conseils remis à la première consultation :

-
-
-
-
-

De quoi le patient se souvient ?

-
-
-
-

Quels conseils ont été testés/mis en place ?

-
-
-
-



Identifiant du patient :

PARTIE QUANTITATIVE**1. Trouvez-vous que la mise en place de consultations diététiques a été utile dans votre prise en charge globale ?**

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Pas du tout d'accord | <input type="radio"/> Sans avis | <input type="radio"/> Tout à fait d'accord |
| <input type="radio"/> Pas d'accord | <input type="radio"/> Plutôt d'accord | |

2. Évolution pondérale :

- | | |
|---|------------------|
| - Poids 1 ^{ère} consultation : | - Poids à 1 an : |
| - Poids actuel : | |
| - Si perte de poids : % en Mois | |

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Volontaire | <input type="radio"/> Involontaire |
|----------------------------------|------------------------------------|

1. Morphologie → IMC = kg/m² (taille = cm)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Maigreux | <input type="radio"/> Surpoids |
| <input type="radio"/> Normale | <input type="radio"/> Obésité |

3. Circonférence brachiale : cm (repos) cm (contracté)**4. Tour de taille :** cm**5. Données de bio-impédancemétrie (cfr données imprimées par la balance)****6. Comment a évolué votre force musculaire sur une échelle de 0 à 10 ? :**

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 0-1/10 = nulle | <input type="radio"/> 3-4/10 = faible | <input type="radio"/> 7/10 = légèrement diminuée |
| <input type="radio"/> 2/10 = très faible | <input type="radio"/> 5/10 = moyenne | <input type="radio"/> Normal/bonne = 10/10 |

7. Diriez-vous que vous avez perdu en autonomie pour vos AQ depuis notre première consultation ?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Pas du tout d'accord | <input type="radio"/> Sans avis | <input type="radio"/> Tout à fait d'accord |
| <input type="radio"/> Pas d'accord | <input type="radio"/> Plutôt d'accord | |

8. Si oui, comment a évolué votre autonomie sur une échelle de 0 à 10 ? :

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 0-1/10 = nulle | <input type="radio"/> 3-4/10 = faible | <input type="radio"/> 7/10 = légèrement diminuée |
| <input type="radio"/> 2/10 = très faible | <input type="radio"/> 5/10 = moyenne | <input type="radio"/> Normal/bonne = 10/10 |

9. Comment a évolué votre appétit sur une échelle de 0 à 10 ? :

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 0-1/10 = nulle | <input type="radio"/> 3-4/10 = faible | <input type="radio"/> 7/10 = légèrement diminué |
| <input type="radio"/> 2/10 = très faible | <input type="radio"/> 5/10 = moyen | <input type="radio"/> Normal/bon = 10/10 |



Identifiant du patient :

10. Médicament(s) anti-fibrotique(s) prescrit(s) : OFEV / ESBRIET

11. Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

12. Ressentez-vous un des effets secondaires suivants ? Si « OUI », à quelle fréquence

<i>Effets secondaires</i>	<i>Fréquences</i>	<i>Effets secondaires</i>	<i>Fréquences</i>
<input type="radio"/> Perte d'appétit	<input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/> Difficultés à la digestion	<input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour
<input type="radio"/> Diarrhées	<input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/> Vomissements	<input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour
<input type="radio"/> Constipation	<input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour
<input type="radio"/> Nausées	<input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/> Autre	<input type="radio"/> 1-2 x/sem <input type="radio"/> 3-4 x/sem <input type="radio"/> 5-6 x/sem <input type="radio"/> Tous les jours <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour

2. Est-ce que votre traitement anti-fibrotique a-t-il déjà été adapté/stoppé suite à ces symptômes ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas



Identifiant du patient :

Questionnaire sur la place des consultations diététiques dans la FPI

1. Lors de la rédaction du mémoire :

- Nous pouvons citer le nom de votre institution
 Vous préférez garder l'anonymat

2. Un diététicien-nutritionniste fait-il partie de votre équipe pluridisciplinaire pour la prise en soin des patients atteints de fibrose pulmonaire idiopathique ?

- Oui Non

Si « NON », passez à la question 5.

3. Si « OUI » à la question 2, rencontre-t-il tous les patients ?

- Oui Non

Si « NON », quels patients sont vus (*expl : sur base de quels critères, qui décide de cela... ?*) ?

.....
.....

4. Si « OUI » à la question 2, à quelle fréquence rencontre-t-il les patients (*expl : au diagnostic, aux suivis, selon la demande médicale/du patient...*) ?

.....
.....

5. Si « NON » à la question 2, avez-vous déjà envisagé l'intégration d'un diététicien-nutritionniste dans la prise en soin des patients présentant une FPI ?

- Oui Non

6. Pensez-vous que la participation d'un diététicien-nutritionniste dans la prise en soin globale de la FPI serait une plus-value pour ces patients ?

- Oui Non

Pourquoi ?.....

.....



7. Citez 3 points concernant la nutrition/diététique qui vous semblent les plus importants à aborder avec les patients souffrant de FPI ?

- (1)
- (2)
- (3)

8. Un dépistage nutritionnel menant à un diagnostic nutritionnel (*expl : dénutrition, malnutrition, bien nourri...*) est-il mis en place pour vos patients atteints de fibrose pulmonaire idiopathique ?

- Oui Non

Si « NON », passez à la question 12

9. Si « OUI » à la question 8, qui réalise ce dépistage ?

- Médecin Infirmière
 Médecin nutritionniste Autre :
 Diététicien-nutritionniste

10. Si « OUI » à la question 8, sur quels paramètres se base ce dépistage (*expl : poids, taille, masse musculaire...*) ?

.....
.....

11. Si « OUI » à la question 8, quand ce dépistage est-il effectué (*expl : au moment du diagnostic de fibrose, revu à x intervalles de temps...*) ?

.....

12. Si « NON » à la question 8, avez-vous déjà pensé à mettre ce type de dépistage en place ? Si oui, comment l'envisagez-vous ?

.....
.....

Encore un tout grand merci pour votre collaboration au sein de notre projet !
Céline Bihain





Faculté de santé publique (FSP)



Questionnaire sur la prise en soin diététique de la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI)

Nous nous adressons à vous car les médecins prenant en charge les patients atteints de FPI nous ont confirmé la présence d'un ou d'une diététicien(ne) dans leur équipe. Par conséquent, nous souhaiterions avoir votre retour sur le sujet.

1. Comment organisez-vous la prise en soin des patients atteints de fibrose pulmonaire idiopathique ?

.....

.....

.....

.....

2. Rencontrez-vous tous les patients atteints de FPI ?

Oui

Non

Si « NON », quels patients sont vus (*expl : sur base de quels critères, qui décide de cela...*) ?

.....

.....

3. Si « OUI » à la question 2, à quelle fréquence rencontrez-vous les patients (*expl : au diagnostic, aux suivis, selon la demande médicale/du patient...*) ?

.....

.....

4. Citez 3 points concernant la nutrition/diététique qui vous semblent les plus importants à aborder avec les patients souffrant de FPI ?

(1)

(2)

(3)



6. Si « OUI » à la question 5, qui réalise ce dépistage nutritionnel ?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Médecin nutritionniste | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Diététicien-nutritionniste | |

7. Si « OUI » à la question 5, sur quels paramètres se base ce dépistage (*expl : poids, taille, masse musculaire...*) ?

.....

.....

8. Utilisez-vous un questionnaire de dépistage et/ou de diagnostic en particulier (*expl : MUST, GLIM...*) ? Oui/non, pourquoi ce choix ?

.....

.....

9. Si « OUI » à la question 5, quand ces questionnaires sont-ils utilisés (*expl : au moment du diagnostic de fibrose, revu à x intervalles de temps...*) ?

.....

10. Si « NON » à la question 5, avez-vous déjà pensé à mettre cette démarche en place ?
Si oui, comment l'envisagez-vous ?

.....

.....

11. Quels sont/seraient les freins/obstacles à la mise en place de ces consultations ?

.....

.....

Encore un tout grand merci pour votre collaboration au sein de notre projet !

Céline Bihain

