

Questionnaire Canule C.S.O. **Capax**

Depuis combien de temps utilisez-vous Capax	... mois 9 années
Combien de temps avez-vous mis pour vous habituer	2 jours ... semaines ... mois.
L'utilisation de la canule vous pose-t-elle des problèmes?	Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (pourquoi?)
La portez vous tous les jours?	Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Sinon à quelle fréquence?	... fois par semaine 10 fois par mois
Où bien dans quelles circonstances?	(Voyages, transports, hôtel, camping ..etc.)
Vous l'utilisez pour :	des ronflements? <input checked="" type="checkbox"/> des apnées? <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu d'autres traitements pour le ronflement ou les apnées?	Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> lesquels? (radiofréquence, laser, sprays, Ventilation pression positive...) Avec quels résultats? (abandon de la VPP?...)
Avez-vous des remarques à faire concernant la canule elle-même?	(Conception, solidité, présentation, couleurs...etc.) la base plastique pourrait manquer de solidité à la longue - - - -
En avez-vous parlé- à d'autres personnes ? (entourage, médecin ..etc.)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> (à qui, en quels termes?) A des connaissances pour son efficacité sur la qualité du sommeil par exemple - - - -
Seriez-vous ennuyé si nous arrêtons la commercialisation de Capax?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> (pourquoi?)
Avez-vous d'autres remarques à faire ?	J'apprécie beaucoup mais le matériau nouveau du tube de la canule. Je préférerais et ce, de boni, l'ancien - - - -

Merci d'indiquer (facultatif) vos Nom : **B**

.... Prénom..... **Jean Lucas**... code postal : **61**

En vous remerciant par avance