

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

Depuis combien de temps utilisez-vous Capax	... mois <i>11</i> ... années
Combien de temps avez-vous mis pour vous habituer	... jours <i>± 1</i> 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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Sinon à quelle fréquence?	... fois par semaine ... 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 checked="" 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?...)
	(Conception, solidité, présentation, couleurs...etc.)
Avez-vous des remarques à faire concernant la canule elle-même?	
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?) <i>en termes positifs & élogieux</i>
Seriez-vous ennuyé si nous arrêtons la commercialisation de Capax?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> (pourquoi?) <i>car je ne veux pas me faire opérer et les sprays anti-ronflements sont inopérants.</i>
Avez-vous d'autres remarques à faire ?	<i>Vous avez sauvé mon couple ! Nous pouvons dormir ensemble car je ne ronfle plus du tout, et le plus important je ne fais plus d'apnées d'où moins d'angoisses.</i>

Merci d'indiquer (facultatif) vos Nom : *Co* Prénom..... *PIERRE*..... code postal : *91*

En vous remerciant par avance

Merci à vous , vous êtes un génie