

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

Depuis combien de temps utilisez-vous Capax	... mois ... années
Combien de temps avez-vous mis pour vous habituer	6 jours
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 type="checkbox"/> des apnées? <input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous eu d'autres traitements pour le ronflement ou les apnées?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> lesquels? (radiofréquence, laser, sprays, Ventilation pression positive...) Avec quels résultats? (abandon de la VPP?...) <i>Je ne supporte pas le bruit des appareils. celui-ci m'empêchait de dormir.</i>
Avez-vous des remarques à faire concernant la canule elle-même?	(Conception, solidité, présentation, couleurs... etc.) <i>(voir autres remarques)</i>
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>(médecins - et mon entourage)</i>
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 ?	<i>puisque cette canule a répondu à mon ^{choix} les élastiques sont souvent trop lâches et la canule pourrait être adaptée à chaque patient. (j'ai une grande activité journalière) Je dors facilement 8 à 9 heures sans problème. à 78 ans.</i>

Merci d'indiquer (facultatif) vos Nom : F. Prénom : F.R.A.N.C.I.S. code postal : 99

En vous remerciant par avance

