

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

Depuis combien de temps utilisez-vous Capax	... mois 4.. années
Combien de temps avez-vous mis pour vous habituer	3.. 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 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 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.) /
En avez-vous parlé- à d'autres personnes ? (entourage, médecin..etc.)	Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (à qui, en quels termes?)
Seriez-vous ennuyé si nous arrêtions la commercialisation de Capax?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> (pourquoi?)
Avez-vous d'autres remarques à faire ?	 /

Merci d'indiquer (facultatif) vos Nom : G.

Prénom JOSEPH code postal : 67

En vous remerciant par avance