

Questionnaire sur la satisfaction quant au traitement du diabète (changement) : Parent/tuteur (tutrice) (DTSQc-Parent)

Au cours des dernières semaines/derniers mois, votre enfant a participé à une étude sur le traitement du diabète. Il est possible que son traitement ait été modifié au début de l'étude.

Ce traitement comprend :

- Les médicaments**
- La surveillance de la glycémie**
- Toute exigence alimentaire**

Nous aimerions que vous nous disiez ce que vous pensez du traitement actuel de votre enfant. Les questions suivantes vous demandent de comparer le traitement actuel à celui utilisé avant le début de l'étude.

Dans l'échelle, au-dessous de chaque question, veuillez encrer un chiffre allant de 3 (p. ex., bien plus satisfait(e) à présent) à -3 (p. ex., bien moins satisfait(e) à présent). Si vous n'avez constaté aucun changement, veuillez encrer le « 0 ».

Suite à la page suivante...

NOT FOR USE: This copy is a shortened sample only.

For use of the full questionnaire, please contact info@healthpsychologyresearch.com

DTSQ Parent suite...

1. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) du traitement actuel de votre enfant ?
- | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|-----------------------------------|
| bien plus satisfait(e) à présent | 3 | 2 | 1 | 0 | -1 | -2 | -3 | bien moins satisfait(e) à présent |
|----------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|-----------------------------------|
2. Dans quelle mesure pensez-vous que le diabète de votre enfant a été bien contrôlé récemment ?
- | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|------------------------------------|
| bien mieux contrôlé à présent | 3 | 2 | 1 | 0 | -1 | -2 | -3 | bien moins bien contrôlé à présent |
|-------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|------------------------------------|
3. À quelle fréquence avez-vous eu la sensation que la glycémie de votre enfant était trop élevée récemment ?
- | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|----------------------------------|
| bien plus fréquemment à présent | 3 | 2 | 1 | 0 | -1 | -2 | -3 | bien moins fréquemment à présent |
|---------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|----------------------------------|
4. À quelle fréquence avez-vous eu la sensation que la glycémie de votre enfant était trop basse récemment ?
- | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|----------------------------------|
| bien plus fréquemment à présent | 3 | 2 | 1 | 0 | -1 | -2 | -3 | bien moins fréquemment à présent |
|---------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|----------------------------------|

For Information Only

NOT FOR USE: This copy is a shortened sample only.

For use of the full questionnaire, please contact info@healthpsychologyresearch.com