



IDENTIFICATION DE LA PATIENTE			SKYPE 2
Centre N°	Patiente N°	Initiales (code lettre)	SEANCES PHASE 1/2

SEANCES QUOTIDIENNES DE YOGA A DOMICILE		
PERIODE 1/2		
SEMAINE N°XX du ____-____-20__ au ____-____-20__		
Séances réalisées		Prises d'antalgiques
J1 (jj/mm/aaaa) ____-____-20__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui durée : ____ min	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (merci de préciser en bas)
J2 (jj/mm/aaaa) ____-____-20__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui durée : ____ min	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (merci de préciser en bas)
J3 (jj/mm/aaaa) ____-____-20__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui durée : ____ min	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (merci de préciser en bas)
J4 (jj/mm/aaaa) ____-____-20__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui durée : ____ min	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (merci de préciser en bas)
J5 (jj/mm/aaaa) ____-____-20__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui durée : ____ min	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (merci de préciser en bas)
J6 (jj/mm/aaaa) ____-____-20__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui durée : ____ min	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (merci de préciser en bas)
J7 (jj/mm/aaaa) ____-____-20__	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui durée : ____ min	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (merci de préciser en bas)

Si une ou plusieurs séances ont été réalisées merci de cocher la ou les raisons :

- J'en retire un bénéfice personnel
- Je pense ou je constate qu'elles sont utiles
- Je pense que cela fait partie de mon traitement
- Je fais confiance à l'équipe soignante
- Pour faire avancer la recherche
- Pour avoir un suivi régulier
- Je n'ai pas osé refuser
- Mon entourage m'a convaincu de les faire
- Autres, préciser.....

Si une ou plusieurs séances n'ont pas été réalisées merci de cocher la ou les raisons :

- J'ai oublié
- J'ai été trop fatiguée
- Je manque de temps
- J'ai eu trop de douleurs
- Je n'ai pas eu envie
- J'ai peur de mal faire
- Je n'en vois pas l'intérêt
- Je manque d'information sur quand et comment le faire
- Autres, préciser.....

Jour	Traitement (ex : Doliprane)	Dose/fréquence (ex : 1g, 3/j)	Jour	Traitement (ex : Doliprane)	Dose/fréquence (ex : 1g, 3/j)
J1			J5		
J2			J6		
J3			J7		
J4					