

QUELLES SONT LES RÉPERCUSSIONS DES LC-FAOD SUR VOUS OU SUR LA VIE DE VOTRE ENFANT?

Répondez à ce questionnaire pour le découvrir.

Ce questionnaire vous aidera à surveiller les symptômes des LC-FAOD et à identifier les sujets à discuter avec votre équipe de soins de santé des LC-FAOD. Remplissez-le avant chaque visite pour voir comment vos réponses peuvent changer au fil du temps.

Communiquez avec votre équipe de soins de santé si des symptômes vous préoccupent.

QUESTION 1

Est-ce que vous (ou votre enfant) ressentez au moins l'un des symptômes de LC-FAOD suivants?

Cochez tout ce qui s'applique.

SYMPTÔMES CHRONIQUES

- Perte musculaire (tonus musculaire réduit)
- Douleur ou faiblesse musculaire
- Douleur qui semble provenir d'un nerf
- Jaunissement du teint (jaunisse)
- Problèmes de vue

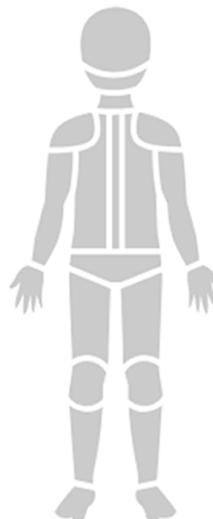
SYMPTÔMES AIGUS

- Battements cardiaques irréguliers ou pulsations, palpitations ou accélérations cardiaques
- Douleur à la poitrine
- Difficulté à respirer
- Urine foncée
- Douleur ou faiblesse musculaire
- Vertiges ou tremblements
- Maux d'estomac ou nausées
- Aucun des symptômes ci-dessus

Ces symptômes touchent-ils une ou plusieurs parties précises du corps?

Cochez tout ce qui s'applique ou cliquez sur les parties touchées dans l'image du corps.

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête | <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale |
| <input type="checkbox"/> Dents et mâchoire | <input type="checkbox"/> Torse |
| <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Hanches |
| <input type="checkbox"/> Épaules | <input type="checkbox"/> Jambes |
| <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> Genoux |
| <input type="checkbox"/> Mains et poignets | <input type="checkbox"/> Pieds |
| | <input type="checkbox"/> Autres |



Veillez préciser :

QUESTION 2

À quelle fréquence vous (ou votre enfant) limitez ou évitez des activités quotidiennes à cause de symptômes de LC-FAOD, tels que des crampes ou douleurs musculaires, de la confusion mentale, des nausées, de la fatigue ou de l'hypoglycémie? Cochez une case.

- Tout le temps Parfois Pas du tout

QUESTION 3

Y a-t-il d'autres symptômes chroniques ou aigus potentiels des LC-FAOD dont vous aimeriez discuter avec votre équipe de soins de santé des LC-FAOD?

QUESTION 4

À quelle fréquence rencontrez-vous habituellement votre équipe de soins de santé des LC-FAOD? Cochez une case.

- Toutes les semaines
 Tous les mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les ans
 Sans objet

Dans quelle mesure avez-vous rencontré votre équipe de soins de santé des LC-FAOD récemment? Cochez une case.

- Dans les 3 derniers mois
 Dans les 12 derniers mois
 Il y a plus d'un an
 Jamais

QUESTION 4 (SUITE)

Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) rencontré des problèmes ou des difficultés supplémentaires en vivant avec votre LC-FAOD? Cochez une case.

Oui Non Sans objet

Veillez les décrire en détail :

QUESTION 5

Réfléchissez à vos dernières visites avec votre équipe de soins de santé. Y a-t-il autre chose que vous auriez aimé partager avec eux sur le fait de vivre avec votre LC-FAOD?

Énumérez toute question ou note supplémentaire à discuter avec votre équipe de soins de santé lors de votre prochain rendez-vous.
