

## 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

À quelle fréquence limitez-vous ou évitez-vous (ou votre enfant limite-t-il) vos activités quotidiennes en raison des symptômes des LC-FAOD? Cochez une case.

- Tout le temps       Parfois       Pas du tout

### QUESTION 2

Ressentez-vous (ou votre enfant ressent-il) l'un ou l'autre des symptômes suivants des LC-FAOD? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

#### SYMPTÔMES CHRONIQUES

- Perte du tonus musculaire
- Douleur aux muscles ou faiblesse
- Douleur aux nerfs
- Jaunisse (jaunissement de la peau) ou autres symptômes de dysfonctionnement du foie
- Problèmes de vision
- Aucune de ces réponses

#### SYMPTÔMES AIGUS


- Battements de cœur irréguliers ou douleur thoracique
- Essoufflement
- Urine foncée
- Douleur aux muscles ou faiblesse
- Étourdissements ou tremblements
- Problèmes digestifs

## QUESTION 2 (SUITE)

Les symptômes affectent-ils une ou plusieurs parties spécifiques du corps?

Cochez toutes les cases qui s'appliquent ou indiquez les endroits sur l'image du corps.

<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Dents/mâchoire	<input type="checkbox"/> Torse	<b>Veillez préciser :</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<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/poignets	<input type="checkbox"/> Pied	



## 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.

Chaque semaine

Chaque mois

Tous les 3 mois

Tous les 6 mois

Chaque année

Non applicable

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

Cochez une case.

Au cours des 3 derniers mois

Au cours de la dernière année

Il y a plus d'un an

Jamais

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     Non applicable

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.

---

---

---

---

---