

3 - Est-ce que des choses ont changé après votre parcours ?

Comprendre mon problème de santé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :
Accepter mon problème de santé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :
Gérer le quotidien avec mon problème de santé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :
Prendre et gérer mes traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :
Alimentation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :
Activité physique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :
Confiance en soi	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :
Mes projets de vie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :
Ma vision de l'avenir	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON CONCERNÉ	Commentaire :

4 - Concernant ma santé :

Avant mon parcours d'ETP, je croyais que...
Maintenant je sais que...

5 - Avez-vous des suggestions d'amélioration du parcours ? (ateliers, thèmes, organisation...)

.....
.....
.....
.....

6 – Recommanderiez-vous l'éducation thérapeutique ?

oui non

Merci.