

## Questionnaire MEP

Comment vous sentez-vous depuis votre dernière visite de contrôle ?

<b>1. Les symptômes de votre BPCO se sont-ils entre-temps nettement aggravés ?</b>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
<b>2. Avez-vous eu besoin entre-temps d'une consultation médicale non programmée en raison d'une aggravation aiguë de votre BPCO ?</b>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
<b>3. Avez-vous été hospitalisé(e) pour votre BPCO depuis votre dernière visite au cabinet médical ?</b>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
<b>4. Avez-vous dû utiliser plus souvent votre médicament en inhalation ou votre médicament à la demande ?</b>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
<b>5. Avez-vous eu besoin de médicaments supplémentaires à prendre en raison de votre BPCO (par exemple des antibiotiques ou de la cortisone) ?</b>	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
			<b>Nombre de réponses positives</b>	<input type="checkbox"/>
Vérification de l'exacerbation/des exacerbation(s) réelle(s) à l'aide d'une anamnèse ciblée par le médecin ou le professionnel de la santé. Cette valeur devrait être documentée longitudinalement dans le dossier du patient.			<b>Nombre de réponses positives après vérification</b>	<input type="checkbox"/>