



CARNET D'UTILISATION DES AIGUILLES

Dans le cadre de l'étude clinique

PilotEx

Etude n° : DEXN-T1D-2017-01

ID-RCB : 2020-A01763-36

EudraCT : 2020-003020-17

Renseignements Patient

Nom :

Prénom :

N° de patient :

Renseignements utiles :

Nom investigateur principal :

☎ de l'investigateur principal :

Pr Nathalie JEANDIDIER

.....

Nom du diabétologue investigateur
(réfèrent) :

☎ du diabétologue réfèrent :

.....

.....

Hôpital :

Astreinte de l'étude au
NHC Strasbourg

☎ de l'hôpital :

06 17 46 84 92

Nom de l'infirmière ASDIA :

☎ de l'astreinte :

.....

0 800 00 67 68 ou

03 88 28 46 36

Renseignements Carnet

Si plusieurs carnets ont été remis au patient au cours de l'étude, veuillez les numéroter SVP :

Numéro de carnet : couvrant la période du (date JJ/Moi/AAAA)

..... au (date JJ/Moi/AAAA)

Page à remplir par le personnel de soins

N° Patient :

Pourquoi ce carnet et comment le remplir ?

Ce carnet vous a été remis dans le cadre de l'étude clinique Pilot'Ex à laquelle vous participez en tant que patient.

Cette Étude pilote, ouverte, menée uniquement aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, a pour but d'évaluer la sécurité d'ExOlin® chez des patients souffrant de diabète de type 1 avec fortes fluctuations glycémiques, enclins à des hypoglycémies sévères.

Lorsque vous utilisez ExOlin® pour votre insulinothérapie, vous le raccordez à votre pompe à insuline à l'aide d'une aiguille spécifique, Suracan® Safety II (Pour les détails du matériel fourni et de la manipulation, veuillez vous reporter au manuel utilisateur qui vous a été remis lors d'une précédente visite à l'hôpital).

Vous avez normalement besoin d'une seule aiguille pour parvenir à faire cette connexion. Mais il se peut, pour une raison ou une autre, que vous ayez eu recours à une seconde aiguille, voire plus.

Dans ce cas et dans ce cas seulement, nous vous demandons de remplir ce carnet, afin de renseigner le promoteur de l'étude, Defymed, et qu'il puisse mettre plus efficacement en œuvre des axes d'amélioration.



Avertissement :

Le remplissage de ce carnet ne doit pas se faire au détriment d'une transmission d'information directement à votre professionnel de santé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Vous devez le contacter pour tout évènement indésirable ou problème tel que décrit dans le manuel utilisateur.

Ce carnet est à rapporter à l'hôpital à chaque visite. Si votre carnet est sur le point d'être à court de pages vierges, n'hésitez pas à en demander un nouvel exemplaire à votre professionnel de santé.

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>

Date (JJ-MMM-AAAA)	Etiez-vous seul ou accompagné pour effectuer ce changement ?	Raison du changement d'aiguille <i>Autre raison, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i>
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :
	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> professionnel de soin	<input type="checkbox"/> Changement de cartouche d'insuline <input type="checkbox"/> Changement suite à une activité quotidienne incompatible avec le port de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :

<p>Où étiez-vous lors de ce changement ? <i>Autre lieu, veuillez alors préciser ce lieu</i></p>	<p>Nbre d'aiguilles avec lesquelles vous vous êtes piqué ce jour</p>	<p>Si plus d'une seule aiguille, indiquer le type de problème : <i>Autre problème, veuillez l'indiquer en toutes lettres</i></p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Sur votre lieu de travail <input type="checkbox"/> Au domicile de proches ou amis <input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p><input type="checkbox"/> Emballage déjà ouvert ou abîmé avant manipulation (perte de stérilité) <input type="checkbox"/> Aiguille endommagée avant utilisation <input type="checkbox"/> Pose de l'aiguille dans une zone non stérile ou désinfectée avant piqûre <input type="checkbox"/> Aiguille pliée ou cassée à la manipulation <input type="checkbox"/> Mauvaise insertion de l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre :</p>