



QUESTIONNAIRE POUR VOUS CONNAÎTRE ET MIEUX VOUS ACCOMPAGNER

INFORMATIONS GÉNÉRALES

 Complété par : Usager Proche Professionnel

Quel âge avez-vous ? _____

Communication

 Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autre(s) :

 Avez-vous de la difficulté à entendre ? Non Oui

 Avez-vous des appareils auditifs ? Non Oui : Gauche Droite

 Les portez-vous ? Non Oui

 Portez-vous des lunettes ? Non Oui En tout temps Autre :

Milieu de vie

 Célibataire Marié Conjoint de fait Séparé Divorcé Veuf

 ▲ Habitez-vous seul ? Oui Non, avec qui ?

 Avez-vous des enfants ? Non Oui, combien ? _____

 ▲ Habitez-vous : Maison/Condo App CHSLD Résidence avec services

Nom de l'endroit :

Services

 ▲ Recevez-vous des services du CLSC ? Non Oui CLSC À domicile

 Recevez-vous des services d'autres organismes (communautaires, dépendances, santé mentale) ? Non Oui

Nom de votre clinique médicale :

 Médecin de famille Non Oui Nom :

Nom/lieu de votre pharmacie :

 Assurance-médicaments : Privé RAMQ

▲ Habitudes de vie

 Fumez-vous ? Non Ex fumeur depuis moins de 6 mois Oui - Nombre de cigarettes par jour :

 Alcool : Non Oui - Préciser nombre/type de consommations/jour :

 Drogue : Non Oui - Préciser nature/quantité :

Compléter la section suivante selon votre état habituel, lorsque vous êtes bien.

A : Concernant votre autonomie

 Avez-vous des escaliers au domicile ? Non Oui Ascenseur

 Intérieur : Nombre de marches : _____ Extérieur : Nombre de marches : _____

 Avez-vous besoin d'aide pour les utiliser ? Non Oui

 Vous vous lavez ? Seul Avec aide De qui :

 Vous vous habillez ? Seul Avec aide De qui :

 Vous vous levez/Vous vous asseyez ? Seul Avec aide De qui :

 Marchez-vous ? Seul Avec aide De qui :

 Équipement utilisé ? Non Oui

 Canne Marchette/Déambulateur Fauteuil roulant Quadri porteur/fauteuil motorisé

Nom du patient :	N° dossier :				
Compléter la section suivante selon votre état habituel, lorsque vous êtes bien. - suite					
A : Concernant votre autonomie - suite					
▲ Êtes-vous tombé dans la dernière année ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Si oui, indiquez le nombre de fois :					
Comment vous déplacez-vous ? <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Transport en commun <input type="checkbox"/> Transport adapté <input type="checkbox"/> Taxi					
Conduisez-vous ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Vous faites l'épicerie <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui :					
Vous faites votre ménage <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui :					
Vous faites votre lavage <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui :					
Vous faites vos repas <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui :					
Vous prenez vos médicaments <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide De qui : _____					
<input type="checkbox"/> Dosette <input type="checkbox"/> Dispill					
Prenez-vous des produits naturels ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
I : Concernant votre peau (Intégrité de la peau)					
Avez-vous une ou plusieurs plaie(s) ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui À quel endroit ?					
▲ N : Concernant votre alimentation (Nutrition)					
Au cours des 6 DERNIERS MOIS , avez-vous perdu du poids <u>SANS AVOIR ESSAYÉ</u> de perdre de poids ?					
<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - Préciser :					
DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE , mangez-vous moins qu'à l'habitude ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Vous arrive-t-il de vous étouffer en mangeant ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui en buvant ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Avez-vous ? <input type="checkbox"/> Dentition naturelle <input type="checkbox"/> Dentier(s) <input type="checkbox"/> Partiel(s)					
E : Concernant votre élimination habituelle					
Utilisez-vous une protection contre les pertes involontaires ? <input type="checkbox"/> d'urine et/ou <input type="checkbox"/> de selles					
<input type="checkbox"/> Protège dessous <input type="checkbox"/> Culotte d'incontinence <input type="checkbox"/> Sonde urinaire					
<input type="checkbox"/> Autre (ex. : urostomie, colostomie, conduit iléal...) :					
À quelle fréquence allez-vous à la selle ?					
▲ E : Concernant votre état cognitif et psychologique habituel					
Avez-vous des difficultés avec votre mémoire/oublis fréquents ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Avez-vous récemment noté des changements dans votre humeur ou vos comportements ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
<input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Idées suicidaires					
Si oui, avez-vous eu un suivi pour vous soutenir ?					
S : Concernant votre sommeil habituel					
Dormez-vous bien la nuit ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui					
Avez-vous des préoccupations en lien avec votre hospitalisation ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Lesquelles :					
Croyez-vous que vous pourriez avoir des difficultés au congé pour retourner dans votre milieu de vie actuel ?					
Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____					
Année-Mois-Jour					
Signature et titre de l'intervenant	Init.	Date	Signature et titre de l'intervenant	Init.	Date

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES