

**Téléphone 1**

Date et heure de l'appel téléphonique  jj.mm.aaaa hh:mm

Entretien réalisé  Oui  Non

Savez-vous quand est-ce que je pourrais  
joindre M/Mme [nom du patient]

More

Type d'entretien

Par téléphone  Au domicile  À la PMU  Chez le médecin

Avec qui l'entretien est-il réalisé ?

Patient  Proche  Patient lui-même, complété avec les informations d'un proche

Si l'entretien est réalisé avec un proche, spécifier qui

Si l'entretien est réalisé avec un proche, spécifier pourquoi

- Patient décédé
- Patient hospitalisé
- Patient pas en mesure de répondre lui-même
- Autre raison

Si autre raison, veuillez spécifier

Quand est-ce que vous avez vu Monsieur/Madame [nom du patient] pour la dernière fois ?

 jj.mm.aaaa

En semaine et en général, êtes-vous disponible tout-le-temps ?

Oui  Non

Si non, à quel moment de la semaine est-ce mieux de vous appeler ?

En semaine et en général, la-le proche est-il disponible tout-le-temps ?

Oui  Non

Si non, à quel moment de la semaine est-ce mieux de l'appeler ?

Quel est le niveau maximal de scolarité ou de formation que vous avez atteint ?

- N'a pas achevé l'école primaire
- Ecole primaire
- Ecole secondaire (maturité, diplôme de fin d'études secondaires)
- CFC
- Diplôme universitaire / haute école
- Autre
- Ne sait pas / ne veut pas répondre

Si autre, veuillez spécifier

Profession préalablement exercée

Ne sait pas / ne veut pas répondre

- Directeurs, cadres de direction et gérants
- Professions intellectuelles et scientifiques
- Professions intermédiaires
- Employés de type administratif

**Classification de la profession**

- Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs
- Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche
- Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat
- Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage
- Professions élémentaires
- Professions militaires

**Est-ce que vous portez :**

- Des lunettes**  Oui  Non  Ne sais pas
- Des appareils auditifs**  Oui  Non  Il en a mais ne les porte pas  Ne sais pas
- Des prothèses dentaires**  Oui  Non  Ne sais pas
- Des protections urinaires**  Oui  Non  Ne sais pas

**Est-ce que vous conduisez habituellement une voiture ?**  Oui  Non  Ne sais pas

**Si oui : date du dernier examen d'habilité à la conduite**  jj.mm.aaaa

**Si non : est-ce que vous conduisiez avant ?**  Oui  Non  Ne sais pas

**Si vous conduisiez avant, en quelle année avez-vous arrêté de conduire ?**  aaaa

**Est-ce que vous êtes suivi par le CMS ?**  Oui  Non  Ne sais pas **Lequel ?**

**Titre de prestation et fréquence :**

- Soins infirmiers**  Oui  Non  Ne sais pas  fois / semaine
- Repas à domicile**  Oui  Non  Ne sais pas  fois / semaine
- Aide à l'entretien du ménage**  Oui  Non  Ne sais pas  fois / semaine
- Soins d'hygiène et de confort**  Oui  Non  Ne sais pas  fois / semaine
- Ergothérapie**  Oui  Non  Ne sais pas  fois / semaine
- Physiothérapie**  Oui  Non  Ne sais pas  fois / semaine

**Est-ce que vous vivez seul ?**  Oui  Non  Ne sais pas

**Si non, avec qui vivez-vous ?**  Conjoint-e  Enfant  Autre

**Si autre, veuillez spécifier**

**Combien d'enfants avez-vous ?**  (0 si pas d'enfants)

**À quelle fréquence est-ce que vous voyez vos enfants en moyenne ?**  
(au moins un enfant)

- Chaque jour
- Au moins 1x/semaine
- Au moins 1x/mois
- Moins d'1x/mois mais au moins 1x/an
- Moins d'une fois par an

**Est-ce que vous avez d'autres proches qui vous donnent un coup-de-main de temps en temps ?**  Oui  Non  Ne sais pas

**Si oui, veuillez spécifier**

**1. Utilisation du téléphone**

- Vous utilisez le téléphone de votre propre initiative, cherchez les numéros, appelez, répondez, etc.
- Vous n'appelez que quelques numéros bien connus
- Vous répondez au téléphone, mais n'appelez pas
- Vous n'utilisez pas le téléphone
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**2. Les commissions**

- Vous vous occupez de tous les achats et commissions, indépendamment
- Vous vous occupez uniquement de petits achats
- Vous avez besoin d'être accompagné(e) pour chaque commission
- Vous êtes complètement incapable de faire vos commissions  
Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**3. La préparation des repas**

- Vous planifiez, préparez et servez des repas adéquats, de façon indépendante
- Vous préparez des repas adéquats, pour autant que la matière première soit fournie
- Vous réchauffez des repas ou préparez des repas MAIS ne maintenez pas une diète adéquate
- Vous avez besoin d'avoir des repas préparés et servis
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**4. Le ménage**

- Vous vous occupez du ménage seul(e) ou avec de l'assistance occasionnelle (p.ex. travaux de réparation lourds)
- Vous vous occupez seulement de tâches ménagères légères comme laver la vaisselle ou faire le lit
- Vous vous occupez seulement de tâches ménagères légères MAIS êtes incapables de maintenir un niveau de propreté adéquat
- Vous nécessitez de l'assistance pour toutes les tâches ménagères, mais vous participez
- Vous ne participez pas aux tâches ménagères
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**5. La lessive**

- Vous faites toute votre lessive
- Vous ne vous occupez que de « petite lessive » (p.ex. chaussettes, etc)
- Toute la lessive doit être faite par d'autres personnes
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**6. Les transports**

- Vous voyagez indépendamment en utilisant les transports publics ou votre propre voiture
- Vous voyagez indépendamment en taxi MAIS n'utilisez pas d'autres transports publics
- Vous voyagez en utilisant les transports publics MAIS uniquement lorsqu'accompagné-e
- Vous voyagez uniquement en taxi ou automobile et avec accompagnement
- Vous ne voyagez pas du tout
- Ne sait pas / ne veut pas répondre

**7. Les médicaments**

- Vous êtes entièrement responsable de prendre vos médicaments à dose correcte et horaire prescrit
- Vous êtes responsable de prendre vos médicaments s'ils sont préparés à l'avance en doses séparées
- Vous êtes incapable de prendre seul-e vos médicaments
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**8. Les finances**

- Vous vous occupez de vos paiements et finances indépendamment (vous payez le loyer, faites vos paiements, etc.)
- Vous vous occupez des paiements quotidiens, MAIS nécessitez de l'aide pour maintenir les autres
- Vous êtes incapable de vous occuper des paiements
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**9. La toilette (bain, douche ou lavabo)**

- Vous ne recevez aucune assistance
- Vous recevez de l'assistance pour laver une partie du corps (dos ou jambes)
- Vous recevez de l'assistance pour laver plus qu'une partie du corps
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**10. L'habillement**

- Vous prenez vos habits de l'armoire et des tiroirs et vous vous habillez sans assistance
- Vous prenez vos habits de l'armoire et des tiroirs et vous vous habillez sans assistance, à l'exception des chaussures
- Vous recevez de l'assistance pour prendre vos habits, ou pour vous habiller, ou vous ne vous habillez pas vous-mêmes
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**11. Aller aux toilettes pour uriner ou aller à selles**

- Vous allez aux toilettes, vous vous nettoyez et vous vous rhabillez sans assistance
- Vous recevez de l'assistance pour aller aux toilettes ou pour vous nettoyer après ou pour vous rhabiller ou pour l'utilisation du vase, de l'urinal ou de la chaise percée
- Vous ne pouvez pas utiliser les toilettes
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**12. Les transferts entre le lit et la chaise**

- Vous sortez, entrez dans le lit ou d'une chaise sans assistance (peut utiliser une canne ou un déambulateur)
- Vous sortez et entrez dans le lit ou d'une chaise avec assistance seulement
- Vous ne sortez pas du lit
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**13. La continence**

- Vous contrôlez urine et selles totalement de vous-même
- Vous avez des « accidents » occasionnels
- Vous nécessitez une supervision pour rester propre ou vous nécessitez un cathéter, ou vous êtes incontinent
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**14. L'alimentation**

- Vous vous nourrissez sans assistance
- Vous vous nourrissez seul mais nécessitez de l'assistance pour couper la viande ou beurrer le pain
- Vous recevez de l'assistance pour vous nourrir ou vous êtes nourri partiellement ou complètement par sonde ou en parentéral (intraveineux)
- Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

<b>f25_1</b> Dans quelle mesure la diminution de l'usage de vos sens (l'ouïe, la vue, le toucher, le goût, l'odorat) affecte-t-elle votre vie quotidienne ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Énormément	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f25_3</b> La perte de l'usage de vos sens (l'ouïe, la vision, le goût, l'odorat, le toucher) affecte-t-elle vos possibilités de participer à des activités ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Énormément	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f26_1</b> Avez-vous la liberté de prendre vous-même les décisions vous concernant ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Extrêmement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f26_2</b> Avez-vous l'impression de contrôler votre avenir ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Extrêmement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f26_4</b> Avez-vous l'impression que les personnes qui vous entourent respectent votre liberté ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Extrêmement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f29_2</b> Êtes-vous préoccupé(e) par la façon dont vous allez mourir ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Extrêmement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f29_3</b> Appréhendez-vous de ne pas pouvoir contrôler votre mort ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Extrêmement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f29_4</b> Avez-vous peur de mourir ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Extrêmement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f29_5</b> Avez-vous peur de souffrir avant de mourir ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Extrêmement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f25_4</b> Dans quelle mesure des difficultés de fonctionnement de vos sens (l'ouïe, la vue, le goût, l'odorat, le toucher) affectent-elles vos possibilités de contact et d'échange avec les autres ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Entièrement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f26_3</b> Dans quelle mesure êtes-vous capable de faire les choses que vous voudriez faire ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Entièrement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f27_3</b> Avez-vous suffisamment l'occasion de continuer à accomplir des choses dans votre vie ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Entièrement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f27_4</b> Avez-vous le sentiment d'être reconnu(e) dans la vie comme vous le méritez ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Entièrement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f28_4</b> Avez-vous l'impression d'avoir assez de choses à faire chaque jour ?	<input type="radio"/> Pas du tout	<input type="radio"/> Un peu	<input type="radio"/> Modérément	<input type="radio"/> Beaucoup	<input type="radio"/> Entièrement	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f27_5</b> Êtes-vous satisfait-e de ce que vous avez accompli dans votre vie ?	<input type="radio"/> Très insatisfait-e	<input type="radio"/> Insatisfait-e	<input type="radio"/> Ni satisfait-e, ni insatisfait-e	<input type="radio"/> Satisfait-e	<input type="radio"/> Très satisfait-e	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f28_1</b> Êtes-vous satisfait-e de la façon dont vous passez votre temps ?	<input type="radio"/> Très insatisfait-e	<input type="radio"/> Insatisfait-e	<input type="radio"/> Ni satisfait-e, ni insatisfait-e	<input type="radio"/> Satisfait-e	<input type="radio"/> Très satisfait-e	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f28_2</b> Êtes-vous satisfait-e avec votre niveau d'activité ?	<input type="radio"/> Très insatisfait-e	<input type="radio"/> Insatisfait-e	<input type="radio"/> Ni satisfait-e, ni insatisfait-e	<input type="radio"/> Satisfait-e	<input type="radio"/> Très satisfait-e	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f28_7</b> Êtes-vous satisfait-e des opportunités que vous avez de prendre part à des activités collectives ?	<input type="radio"/> Très insatisfait-e	<input type="radio"/> Insatisfait-e	<input type="radio"/> Ni satisfait-e, ni insatisfait-e	<input type="radio"/> Satisfait-e	<input type="radio"/> Très satisfait-e	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable
<b>f27_1</b> Êtes-vous heureux-se des projets et des perspectives qui se présentent à vous ?	<input type="radio"/> Très malheureux/se	<input type="radio"/> Malheureux/se	<input type="radio"/> Ni heureux/se, ni malheureux/se	<input type="radio"/> Heureux/se	<input type="radio"/> Très heureux/se	<input type="radio"/> Ne sait pas / ne veut pas répondre / non

**f25\_2** Comment qualifiez-vous le fonctionnement de vos sens (l'ouïe, la vue, le goût, l'odorat, le toucher) ?

- Très mauvais  Mauvais  Ni bon, ni mauvais  Bon  Très bon  Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**f30\_2** Dans quelle mesure ressentez-vous de la camaraderie dans votre vie ?

- Pas du tout  Un peu  Modérément  Beaucoup  Énormément  Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**f30\_3** Dans quelle mesure ressentez-vous de l'amour dans votre vie ?

- Pas du tout  Un peu  Modérément  Beaucoup  Extrêmement  Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**f30\_4** Dans quelle mesure avez-vous des occasions d'aimer ?

- Pas du tout  Un peu  Modérément  Beaucoup  Entièrement  Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**f30\_7** Dans quelle mesure avez-vous l'occasion d'être aimé(e) ?

- Pas du tout  Un peu  Modérément  Beaucoup  Entièrement  Ne sait pas / ne veut pas répondre / non évaluable

**Vérifiez avec qui l'ensemble de l'entretien a été réalisé**

- Patient  Proche  Patient lui-même, complété avec les informations d'un proche