

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 :**

- |                                      |   |                                     |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <b>Soins infirmiers</b>              | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| <b>Repas à domicile</b>              | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| <b>Aide à l'entretien du ménage</b>  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| <b>Soins d'hygiène et de confort</b> | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| <b>Ergothérapie</b>                  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| <b>Physiothérapie</b>                | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> 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 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 ?</b>	<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 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 ?</b>	<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 Avez-vous la liberté de prendre vous-même les décisions vous concernant ?</b>	<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 Avez-vous l'impression de contrôler votre avenir ?</b>	<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 Avez-vous l'impression que les personnes qui vous entourent respectent votre liberté ?</b>	<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 Êtes-vous préoccupé(e) par la façon dont vous allez mourir ?</b>	<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 Appréhendez-vous de ne pas pouvoir contrôler votre mort ?</b>	<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 Avez-vous peur de mourir ?</b>	<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 Avez-vous peur de souffrir avant de mourir ?</b>	<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 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 ?</b>	<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 Dans quelle mesure êtes-vous capable de faire les choses que vous voudriez faire ?</b>	<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 Avez-vous suffisamment l'occasion de continuer à accomplir des choses dans votre vie ?</b>	<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 Avez-vous le sentiment d'être reconnu(e) dans la vie comme vous le méritez ?</b>	<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 Avez-vous l'impression d'avoir assez de choses à faire chaque jour ?</b>	<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 Êtes-vous satisfait-e de ce que vous avez accompli dans votre vie ?</b>	<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 Êtes-vous satisfait-e de la façon dont vous passez votre temps ?</b>	<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 Êtes-vous satisfait-e avec votre niveau d'activité ?</b>	<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 Êtes-vous satisfait-e des opportunités que vous avez de prendre part à des activités collectives ?</b>	<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 Êtes-vous heureux-se des projets et des perspectives qui se présentent à vous ?</b>	<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