

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 | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| Repas à domicile | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| Aide à l'entretien du ménage | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| Soins d'hygiène et de confort | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| Ergothérapie | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas | <input type="text"/> fois / semaine |
| Physiothérapie | <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