

Questionnaire à remplir par le locataire de la Résidence Emeraude

NOM :

PRENOM :

Cochez ce qui convient

- 1) Au cours de ces derniers mois, votre état de santé :
- | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|
| - est demeuré stationnaire | | <input type="checkbox"/> |
| - s'est amélioré | | <input type="checkbox"/> |
| - s'est dégradé | | <input type="checkbox"/> |

pour quelle(s) raison(s) ?

- 2) Marchez-vous ?
- | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------|
| - normalement | | <input type="checkbox"/> |
| - en boitant | | <input type="checkbox"/> |
| - avec une canne | | <input type="checkbox"/> |
| - avec deux cannes | | <input type="checkbox"/> |
| - avec l'aide d'une tierce personne | | <input type="checkbox"/> |

Soulignez ce qui convient :

- | | | | | |
|---|--|-----|--|-----|
| - Avez-vous de la difficulté pour monter ou descendre les escaliers ? | | oui | | non |
| Si oui, avez-vous besoin d'une aide ? | | oui | | non |
| - Utilisez-vous les transports en commun ? | | oui | | non |
| - Conduisez-vous une voiture ? | | oui | | non |
| - Faites-vous vos courses (commissions) seul (le) ? | | oui | | non |
- 3) - Avez-vous besoin d'aide pour :
- | | | | |
|-----------------------------------|--|-----|-----|
| - vous habiller | | oui | non |
| - faire votre toilette | | oui | non |
| - faire votre ménage, votre repas | | oui | non |
- 4) - Souffrez-vous d'une diminution importante de la vue ?
- | | | | | |
|--|--|-----|--|-----|
| | | oui | | non |
|--|--|-----|--|-----|
- 5) - Souffrez-vous d'une diminution importante de l'acuité auditive ?
- | | | | | |
|--|--|-----|--|-----|
| | | oui | | non |
|--|--|-----|--|-----|
- 6) - Suivez-vous un régime alimentaire spécial ? (sans sel, diabétique, etc)
- | | | | | |
|--|--|-----|--|-----|
| | | oui | | non |
|--|--|-----|--|-----|
- Si oui, lequel ?

-
- 7) - Souffrez-vous de troubles des sphincters ?
(incontinence urinaire, anale, sonde à demeure...)
- | | | | | |
|--|--|-----|--|-----|
| | | oui | | non |
|--|--|-----|--|-----|

- 8) - Présentez-vous des difficultés pour :
- | | | | | |
|---|--|-----|--|-----|
| - vous souvenir d'événements récents | | oui | | non |
| - vous souvenir d'événements anciens | | oui | | non |
| - trouver des mots ou des noms de personnes | | oui | | non |
| - vous exprimer avec d'autres personnes | | oui | | non |

- 9) - Quelles sont vos occupations favorites ?
