

Santé actuelle, et autres données générales

* Très important ! Merci d'écrire avec un stylo noir
et ne pas déborder les cases

1. Actuellement, vous vivez :

- seule en couple en cohabitation (avec enfants, fratrie, amis, ...) autre (foyer, ...)

2. Actuellement, vous habitez :

- le domicile personnel ou du couple un domicile familial (avec enfants, fratrie, ...)
 une résidence ou foyer pour personnes âgées une maison de retraite
 en unité de soins de longue durée autre (congrégation, ...)

3. Actuellement, vous considérez que votre santé est :

- très bonne bonne moyenne mauvaise très mauvaise

4. Au cours des 12 derniers mois, votre moral a été généralement :

- très bon bon moyen mauvais très mauvais

Maintenant, nous allons nous intéresser à des difficultés de la vie quotidienne qui sont largement ressenties dans la population générale. Nous voudrions faire le point avec vous sur ce sujet.

5. Présentez-vous les difficultés suivantes de manière habituelle ?

- | | non | oui |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Oublis dans les activités courantes (faire les courses, utiliser les appareils ménagers, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficultés à retenir de nouvelles informations simples | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficultés à vous rappeler des souvenirs anciens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficultés à calculer, à compter (par rapport à vos capacités antérieures) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficultés de langage (pour trouver vos mots, nommer des objets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficultés d'orientation dans la ville, dans la rue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous présentez au moins une des difficultés précédentes :

- | | non | oui | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| • En avez-vous parlé à un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, précisez le(s)quel(s) en clair :
1.....
2.....
3..... |
| • Vous a-t-on prescrit un (des) médicament(s) pour la (les) traiter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

6. De façon habituelle, combien de temps consacrez-vous aux activités suivantes (en moyenne sur une journée) ?	Je ne la pratique pas	Je la pratique de 0 à 1h/jour	Je la pratique de 1 à 2h/jour	Je la pratique plus de 2h/jour
• Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lire (journaux, livres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ecouter la radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ecouter de la musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jardiner (en saison), bricoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tricoter, coudre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire des mots croisés ou jeux de lettres (scrabble)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Faire une promenade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. En général, à quelle **fréquence** pratiquez-vous les activités suivantes ?

	Rarement ou jamais	De temps en temps (1 à 3 fois par mois)	Souvent (1 fois par semaine)	Très souvent (au moins 2 fois par semaine)
• Aller chez des amis, des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Recevoir des amis, des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir un échange téléphonique, postal ou par internet avec des amis, des membres de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fréquenter des clubs, des associations de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous occuper d'une association (culturelle, caritative, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir une activité sportive (randonnée, gymnastique, natation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aller au cinéma, au théâtre, visiter une exposition, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jouer à des jeux de société (cartes, dominos, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Garder vos petits-enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir une pratique spirituelle individuelle (religieuse, philosophique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir une activité artistique personnelle (musique, peinture, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. D'une manière générale, êtes-vous satisfaite des relations que vous avez avec les personnes de votre entourage (famille, amis, voisins, aide...) ?

- Fréquence des relations : satisfaisante insatisfaisante
- Qualité des relations : satisfaisante insatisfaisante

9. Pour avoir une vision plus complète de votre santé, nous avons impliqué dans l'étude une personne de votre entourage proche, en lui demandant de remplir un court questionnaire vous concernant. Accepteriez-vous que nous recontactions votre proche, si lui-même nous donnait son accord ? oui non

10. Pour chacune des situations suivantes, merci de cocher **la proposition qui vous correspond le mieux actuellement** (une seule case par bloc)

Utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/> je n'ai pas le téléphone
	<input type="checkbox"/> je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros
	<input type="checkbox"/> je compose un petit nombre de numéros bien connus
	<input type="checkbox"/> je réponds au téléphone mais n'appelle pas
	<input type="checkbox"/> je ne suis pas capable d'utiliser le téléphone
Faire les courses	<input type="checkbox"/> je fais toutes mes courses de façon autonome
	<input type="checkbox"/> je fais seulement les petits achats toute seule
	<input type="checkbox"/> j'ai besoin d'être accompagnée, quelle que soit la course
	<input type="checkbox"/> je suis dans l'incapacité de faire les courses
Utiliser les transports	<input type="checkbox"/> je peux voyager seule en utilisant les transports en commun, le taxi ou bien en conduisant ma propre voiture
	<input type="checkbox"/> je peux utiliser les transports en commun à condition d'être accompagnée
	<input type="checkbox"/> mes déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, en étant accompagnée
	<input type="checkbox"/> je ne me déplace pas du tout à l'extérieur
Prendre des médicaments	<input type="checkbox"/> je ne prends jamais de médicaments
	<input type="checkbox"/> je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire
	<input type="checkbox"/> je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
	<input type="checkbox"/> je ne suis pas capable de les prendre de moi-même
Gérer ses finances	<input type="checkbox"/> je suis totalement autonome pour gérer le budget, faire des chèques, payer des factures, ...
	<input type="checkbox"/> je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses)
	<input type="checkbox"/> je ne suis pas capable de gérer l'argent au quotidien

Faire la lessive	<input type="checkbox"/>	je fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing
	<input type="checkbox"/>	je lave les petites affaires
	<input type="checkbox"/>	toute la lessive doit être faite par d'autres
Préparer des repas	<input type="checkbox"/>	je peux à la fois prévoir, préparer et servir des repas de façon autonome
	<input type="checkbox"/>	je peux préparer des repas appropriés si les ingrédients me sont fournis
	<input type="checkbox"/>	je peux réchauffer et servir des plats déjà préparés
Entretenir la maison	<input type="checkbox"/>	j'ai besoin qu'on me prépare et qu'on me serve les repas
	<input type="checkbox"/>	j'entretiens la maison seule ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros travaux ménagers
	<input type="checkbox"/>	je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, ...)
	<input type="checkbox"/>	je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant
	<input type="checkbox"/>	j'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison
	<input type="checkbox"/>	je ne peux participer à aucune tâche ménagère



Vos capacités visuelles

11. Dans votre vie, portez-vous ou avez-vous porté :

	non	oui	
• des lunettes de vue ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	→
• des lentilles oculaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• Si oui, précisez les raisons (plusieurs raisons possibles) ainsi que l'année approximative de la survenue du problème :

	Année
<input type="checkbox"/> myopie	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> astigmatisme	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hypermétropie	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> presbytie	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

12. Actuellement, pouvez-vous lire clairement les caractères d'imprimerie d'un journal avec, si besoin, vos lunettes ou vos lentilles ? oui non

13. Actuellement, pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 4 mètres de vous (à l'autre bout d'une chambre par exemple) avec, si besoin, vos lunettes ou vos lentilles ?

oui non

14. Au cours de votre vie, avez-vous déjà souffert des problèmes suivants ? (précisez également l'œil (ou les yeux) concerné(s) et l'année approximative du diagnostic)

<input type="checkbox"/> dégénérescence maculaire (DMLA)	<input type="checkbox"/> œil droit	<input type="checkbox"/> œil gauche	Année
<input type="checkbox"/> glaucome ou hypertension oculaire	<input type="checkbox"/> œil droit	<input type="checkbox"/> œil gauche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> autre(s) maladie(s) oculaire(s)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Précisez en clair : _____	1.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

15. Avez-vous été opérée de la cataracte ?

non oui

• Combien de fois ?	<input type="checkbox"/> opération(s) de la cataracte	
• Pour les deux dernières opérations, merci de préciser :		Année
1. <input type="checkbox"/> œil droit <input type="checkbox"/> œil gauche	Résultat : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> œil droit <input type="checkbox"/> œil gauche	Résultat : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

16. Actuellement, utilisez-vous depuis plus d'un mois des gouttes pour les yeux (de façon quotidienne) ?

non oui

Précisez le(s) traitement(s) utilisé(s) ainsi que l'année du début du (des) traitement(s) :	Année
1.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Votre santé bucco-dentaire

17. Considérez-vous qu'actuellement votre santé bucco-dentaire est :

bonne

moyenne

mauvaise

18. Portez-vous une prothèse dentaire complète (dentier) ?

non

oui



• Précisez la localisation de la prothèse ainsi que l'année approximative d'acquisition :

en haut

en bas

en haut et en bas

Année

19. Pouvez-vous mordre et mâcher des aliments durs (comme une pomme par exemple) sans difficulté (si besoin, avec votre appareil dentaire) ?

non

oui

20. En général, à quelle fréquence vous brossez-vous les dents (ou votre prothèse dentaire le cas échéant) ?

moins d'une fois par jour

deux fois par jour

une fois par jour

trois fois par jour ou plus

21. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé du fil dentaire, un hydropulseur ou des brossettes dentaires ?

jamais

une fois de temps en temps (moins d'une fois par semaine)

pas quotidiennement, mais au moins une fois par semaine

tous les jours ou presque

22. En général, à quelle fréquence allez-vous chez votre dentiste pour un simple contrôle ou un détartrage ?

au moins une fois par an

de temps en temps, mais pas chaque année

jamais

23. Avez-vous déjà souffert des problèmes suivants ? (précisez également l'année approximative de la dernière survenue du problème)

gingivite

déchaussement

parodontite

Année



Vos capacités auditives

24. Considérez-vous qu'actuellement vos capacités auditives sont :

bonnes

moyennes

mauvaises

25. Etes-vous gênée pour entendre et comprendre une conversation dans une ambiance bruyante ?

non

oui



• Si oui :

Depuis quelle année approximativement ?

Année

• Comment cette gêne est-elle survenue ?

progressivement

subitement

26. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de bourdonnements et/ou de sifflements d'oreilles (pendant une période d'au moins 2 mois) ?

Année de début

Année de fin (éventuellement)

oui



non, jamais

27. Portez-vous une prothèse auditive ?

non

oui



• Précisez la localisation de la prothèse ainsi que l'année approximative d'acquisition :

oreille gauche

oreille droite

prothèse auditive bilatérale

Année

Merci pour votre participation et merci pour celle de votre proche !

