

RECUEIL D'INFORMATIONS AUPRÈS DES AIDANTS

Nom du patient :

Nom de l'aidant :

1) Situation de l'aidant principal, vous êtes : une Femme un Homme

Conjoint Enfant Membre de la famille (précisez)

Aide à domicile Autre (précisez)

2) Vous avez :

moins de 60 ans entre 61 et 65 ans entre 66 et 70 ans

entre 71 et 75 ans entre 76 et 80 ans plus de 80 ans

3) Vivez-vous avec la personne ?

Oui

Non Quel éloignement (en Km) ?.....

Vivez-vous en : Milieu rural Milieu urbain

Fréquence de vos passages (Nombre de fois par jour, par semaine, nombre d'heures,...)

Précisez :

Fréquence des contacts (téléphone,...) (Nombre de fois par jour, par semaine)

Précisez :

4) La personne prise en charge est ?

une Femme un Homme

5) Votre proche est-il (elle) sous mesure de protection juridique

Non

Oui Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle

Etes-vous le représentant légal ? Oui Non

6) Au quotidien, avez-vous des difficultés à réaliser certaines activités ?

Si Oui, noter de 0 à 5 en fonction de la pénibilité rencontrée (0 = pas pesante ⇒ 5 = très pesante)

Aide à la toilette	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Aide au repas	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Entretien de la maison	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Courses	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Comptabilité (gestion des finances)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Lever	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Surveillance durant la nuit	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Transport	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Prise des traitements	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +
Autre : précisez.....	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	- <u>0 1 2 3 4 5</u> +

7) Actuellement, votre proche présente-il (elle) des modifications du comportement ?

Si Oui, noter de 0 à 5 en fonction de la pénibilité rencontrée (0 = pas pesante ⇒ 5 = très pesante)

***Idées Délirantes** : Préjudice, persécution, jalousie, idées fixes, ...

Non Oui - 0 1 2 3 4 5 +

***Apathie/Indifférence** : Ne fait plus rien, reste assis ou couché, perte de motivation, n'a plus envie de faire des activités,...

Non Oui - 0 1 2 3 4 5 +

***Agitation/Comportement aberrant** : Déplace ou cache les objets/les papiers sans cesse, déambule, a une activité répétitive,...

Non Oui - 0 1 2 3 4 5 +

***Trouble de l'humeur** : Agressivité verbale et/ou physique, opposition, anxiété, irritabilité, passe du rire aux larmes,...

Non Oui - 0 1 2 3 4 5 +

***Désinhibition** : Propos vulgaires, attitudes déplacées,...

Non Oui - 0 1 2 3 4 5 +

***Autre** : Précisez :

Non Oui - 0 1 2 3 4 5 +

10) Quelles sont les prises en charge à domicile (ou en ville) dont bénéficie votre proche ?

Préciser la fréquence : Nombre d'heures par jour ou par semaine, nombre de fois par semaine.

- *Aucune
- *Aide à domicile (auxiliaire de vie, aide-soignante) fréquence.....
- *Aide ménagère fréquence.....
- *Infirmière fréquence.....
- *Kinésithérapeute fréquence.....
- *Orthophoniste fréquence.....
- *Portage des repas fréquence.....
- *Bénévole (précisez)..... fréquence.....
- *Autre (précisez)..... fréquence.....

11) Accompagnez-vous votre proche lors des prises en charge en Accueil de Jour ?

- Non
- Oui Souvent Parfois Rarement

12) Quelles sont vos attentes par rapport à l'Accueil de Jour ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13) Quelle est la fréquence de prise en charge de votre proche en Accueil de Jour ?

Nombre de jour(s) par semaine :

Depuis combien de mois votre proche est-il à l'Accueil de Jour :

14) Cette fréquence vous paraît-elle suffisante ?

- Oui
- Non Que souhaiteriez-vous alors ?.....