



## Les cliniques gériatriques de la mémoire

ADRESSE POSTALE  
C.P. 5787, Ste-Julie, Québec, J3E 1X6.  
Tél. / Téléc. : 450-922-0754

Date de naissance	Âge	No de dossier
Nom (à la naissance)		Prénom
Prénom du père		Téléphone
Adresse		

# Evaluation du fardeau des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées

Notation : 0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent	<b>0</b>	<b>½</b>	<b>1</b>
---	----------	----------	----------

- 1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :
- des difficultés dans votre vie familiale ?
  - des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?
  - un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?
- 2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?
- 3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?
- 4 - Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?
- 5 - Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?

<u>Date</u> :	<u>Age du patient</u> :	<u>Age de l'Aidant évalué</u> :
<b>SCORE</b> : ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... = <b>/ 7</b>		
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur</u> :		

<u>Date</u> :	<u>Age du patient</u> :	<u>Age de l'Aidant évalué</u> :
<b>SCORE</b> : ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... = <b>/ 7</b>		
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur</u> :		

<u>Date</u> :	<u>Age du patient</u> :	<u>Age de l'Aidant évalué</u> :
<b>SCORE</b> : ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... = <b>/ 7</b>		
<u>Nom, fonction, et signature de l'évaluateur</u> :		

<u>Interprétation :</u>														
0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6.5	7
Fardeau absent ou léger				Fardeau léger à modéré				Fardeau modéré à sévère				Fardeau sévère		