

QUESTIONNAIRE DE L'AIDANT
VERSION CEVQ – GMF

1- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant son **alimentation**?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> A des goûts alimentaires différents | <input type="checkbox"/> Se salit en mangeant | <input type="checkbox"/> Prépare des repas moins élaborés |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à suivre une recette | <input type="checkbox"/> Conserve des aliments périmés | <input type="checkbox"/> A de la difficulté à utiliser la cuisinière |
| <input type="checkbox"/> Est incapable d'utiliser le four micro-onde | <input type="checkbox"/> A davantage besoin d'une liste d'épicerie | |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à utiliser les ustensiles | <input type="checkbox"/> Oublie des ingrédients dans les recettes | |

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

2- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant l'**entretien du domicile**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Débute une tâche sans la terminer | <input type="checkbox"/> A de la difficulté à faire une réparation mineure |
| <input type="checkbox"/> A besoin de plus d'aide qu'avant pour les travaux extérieurs (ex. : tondre le gazon) | <input type="checkbox"/> A besoin de plus d'aide qu'avant pour le ménage régulier (ex. : époussetage, aspirateur, faire la vaisselle) |
| <input type="checkbox"/> Domicile moins propre qu'avant | |

Exemples des changements: _____

Changements observés depuis quand? _____

3- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant l'**hygiène personnelle**?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oublie de laver certaines parties du corps | <input type="checkbox"/> Oublie de se laver |
| <input type="checkbox"/> Ne change pas ses vêtements régulièrement | <input type="checkbox"/> A besoin d'aide pour préparer le matériel (ex. : savon) |

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

4- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant ses **activités sociales**?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A un manque d'intérêt pour ses activités préférées | <input type="checkbox"/> Participe moins aux activités sociales |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à accomplir toutes ses tâches au travail | |

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

5- Quel(s) changement(s) avez-vous remarqué(s) chez votre proche concernant son **attention/jugement**?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à identifier ses besoins | <input type="checkbox"/> A de la difficulté à organiser et planifier une tâche |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à prendre des décisions | <input type="checkbox"/> A de la difficulté à faire deux choses en même temps |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à maintenir son attention sur une tâche | <input type="checkbox"/> A de la difficulté à savoir comment agir dans une situation inhabituelle |

Exemples de changement: _____

Changements observés depuis quand? _____

