

O A R S

NUMERO :

ETAT DE SANTE

CARTE :  2

J'AIMERAIS MAINTENANT VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS A PROPOS DE VOTRE ETAT DE SANTE

1. Combien de fois environ durant les 6 derniers mois avez-vous consulté un médecin ? ( Ne pas inclure les consultations en raison d'une hospitalisation si tel a été le cas ni les consultations psychiatriques )

\_\_\_\_\_ fois

2. Au cours des 6 derniers mois, combien de jours en tout la maladie vous a-t-elle empêché(e) de faire vos activités habituelles (sorties, jardinage, etc) ?

- 0 Aucun
- 1 Une semaine ou moins
- 2 Plus d'une semaine mais moins d'un mois
- 3 entre 1 et 3 mois
- 4 entre 4 et 6 mois
- 9 Non réponse

3. Au cours des 6 derniers mois, combien de jours avez-vous dû passer à l'hôpital en raison de problème(s) de santé physique ?

\_\_\_\_\_ jours

4. Au cours des 6 derniers mois, combien de jours avez-vous dû passer dans un centre de réadaptation ou une unité de soins (clinique, centre spécialisé, etc.) pour des problèmes de santé ?

\_\_\_\_\_ jours

5. Croyez-vous que vous auriez besoin de plus de soins ou de traitements médicaux que ceux que vous recevez présentement ?

- 1 oui ils sont insuffisants
- 2 non ils sont suffisants
- 3 ne s'applique pas (ne reçois pas de soin)
- 9 Non réponse

6. Je vais maintenant vous lire une liste des médicaments les plus courants. Pouvez-vous me dire si, au cours des 6 derniers mois, vous avez pris ou consommé l'un ou l'autre de ces médicaments ?

Note: Encerclez la réponse à chaque ligne

- | (1) | (2) |                                                                                         |                          |
|-----|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| OUI | NON | - Médicaments contre l'arthrite                                                         | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Médicaments contre la douleur (autre que pour l'arthrite)                             | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Médicaments contre la haute pression (hypertension)                                   | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Médicaments pour faire uriner (diurétique)                                            | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Médicaments pour le coeur (ex:Digitale)                                               | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Comprimés de nitro contre l'angine de poitrine (petites pilules sous la langue)       | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Anticoagulants (éclaircir le sang)                                                    | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Médicaments pour la circulation du sang                                               | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Injections d'insuline contre le diabète                                               | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Pilules contre le diabète                                                             | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Médicaments contre les ulcères d'estomac                                              | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Médicaments contre l'épilepsie (ex: Dilantin)                                         | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Pilules pour la glande thyroïde                                                       | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Injections ou pilules de cortisone                                                    | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Antibiotiques                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Tranquillisants (médicaments pour les nerfs)                                          | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Pilules pour dormir sous prescription (sommifère)<br>(Si plus d'une fois par semaine) | <input type="checkbox"/> |
| OUI | NON | - Hormones (males ou femelles)                                                          | <input type="checkbox"/> |

7. Y a-t-il d'autres médicaments que vous avez pris au cours des 6 derniers mois ? 1=OUI 2=NON

SPECIFIER:	Nom du médicament	But du médicament	Fréquence
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

8. Souffrez-vous actuellement d'une (ou de plusieurs) des maladies suivantes ?

(Encerclez la réponse à chaque ligne OUI ou NON)

Jusqu'à quel point cette maladie vous empêche-t-elle de mener vos activités habituelles ?

Incidence	Nom de la maladie	Empêchements		
		-	+	++
(1) (4)				
OUI NON	Arthrite ou rhumatisme	1	2	3
OUI NON	Haute pression dans les yeux (glaucome)	1	2	3
OUI NON	Asthme	1	2	3
OUI NON	Emphysème, bronchite chronique	1	2	3
OUI NON	Tuberculose	1	2	3
OUI NON	Haute pression	1	2	3
OUI NON	Troubles cardiaques	1	2	3
OUI NON	Troubles circulatoires (bras, phlébite)	1	2	3
OUI NON	Diabète	1	2	3
OUI NON	Ulcères d'estomac	1	2	3
OUI NON	Autres troubles digestifs	1	2	3
OUI NON	Maladie du foie (et vésicule biliaire)	1	2	3
OUI NON	Maladie du rein	1	2	3
OUI NON	Problème urinaire (prostate)	1	2	3

Cochez  
 1 pour N'EMPECHE PAS DU TOUT (-)  
 2 pour EMPECHE UN PEU (+)  
 3 pour EMPECHE ENORMEMENT (++)

(6)	(4)		1	2	3	
OUI	NON	Cancer ou leucémie	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Anémie	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Thrombose, hémorragie cérébrale (ACV)	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Maladie de Parkinson	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Epilepsie	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Paralysie cérébrale	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Sclérose en plaques	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Dystrophie musculaire	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Effets de la poliomyélite	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Thyroïde et troubles de glande	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Maladie de la peau	1	2	3	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Trouble de la parole	1	2	3	<input type="checkbox"/>

9. Souffrez-vous d'une quelconque incapacité physique telle que paralysie totale ou partielle, handicap aux membres, fractures ?

- 0 Non  
 1 Paralysie totale  
 2 Paralysie partielle  
 3 Handicap à un membre (membre amputé, non fonctionnel)  
 4 Fractures  
 9 Non réponse

10. Avez-vous une bonne vue (avec vos lunettes ou verres de contact) ?

- 1 Excellente  
 2 Bonne  
 3 Passable  
 4 Faible  
 5 Totalement aveugle  
 9 Non réponse

11. Entendez-vous bien (avec votre appareil auditif?)

- 1 Excellent  
 2 Bon  
 3 Passable  
 4 Faible  
 5 Totalement sourd(e)  
 9 Non réponse

12. Avez-vous présentement une autre maladie ou incapacité physique qui affecte sérieusement votre santé ?

- 1 Oui. Précisez: \_\_\_\_\_  
 2 Non  
 9 Non réponse

13. Avez-vous besoin de l'une ou l'autre des prothèses ou appareils suivants, toujours ou la plupart du temps ?

Note: encerclez la réponse à chaque ligne

1	2		
OUI	NON	Canne (incluant tripode)	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Marchette	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Orthèse ou appareil orthopédique	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Corset (dos, etc)	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Membre artificiel	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Appareil auditif	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Sac de colostomie	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Sonde urinaire (cathétère)	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Appareil pour hémodialyse (reins)	<input type="checkbox"/>
OUI	NON	Autre (Spécifier: _____)	<input type="checkbox"/>

14. Y a-t-il des prothèses ou appareils (incluant dentiers, partiels) dont vous avez besoin, mais que vous ne possédez pas présentement ?

- 1 Oui (Spécifier: \_\_\_\_\_)  
 2 Non  
 9 Non réponse

15. Avez-vous un problème de santé relié à la consommation d'alcool (ou votre médecin vous a-t-il conseillé de diminuer votre consommation d'alcool) ?

- 1 Oui  
 2 Non  
 9 Non réponse

16. Pratiquez-vous régulièrement un sport physiquement exigeant tel que tennis, jogging, cyclisme, natation, ski) ?

- 1 Oui  
 2 Non  
 9 Non réponse

17. Actuellement, estimez-vous que votre état de santé physique est excellente, bonne, passable ou mauvaise ?

- 3 Excellente
- 2 Bonne
- 1 Passable
- 0 Mauvaise
- 9 Non réponse

78

Comparativement à il y a 5 ans, votre état de santé physique présentement est-elle meilleure, la même ou pire ?

- 3 Meilleure
- 2 A peu près la même
- 1 Pire
- 9 Non réponse

79

19 Jusqu'à quel point vos problèmes de santé physique vous empêchent-ils de réaliser les activités que vous souhaiteriez ?

- 3 Aucunement
- 2 Un peu
- 1 Beaucoup
- 9 Non réponse

80

QUESTIONS S'ADRESSANT A L'INTERVIEWER

20. Le sujet fait-il beaucoup d'embonpoint, est-il mal nourri ou amaigri ?

- 0 aucun de ces problèmes
- 1 oui, énormément d'embonpoint
- 2 oui, mal nourri ou amaigri
- 9 non réponse

81

21. Actuellement, estimez-vous que l'état de santé physique du sujet est excellente, bonne, passable ou mauvaise ?

- 3 Excellente
- 2 Bonne
- 1 Passable
- 0 Mauvaise
- 9 Non réponse

82

22. Jusqu'à quel point les problèmes de santé physique du sujet l'empêchent-ils de réaliser les activités qu'il souhaiterait ?

- 3 Aucunement
- 2 Un peu
- 1 Beaucoup
- 9 Non réponse

83

Interviewer  \*  
Autre Evalueur:  \*

APPRECIATION GLOBALE/ SIX NIVEAUX DE SANTE \*

\* voir critères du O.A.R.S.



GRILLE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Nom: \_\_\_\_\_  
Dossier: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ E: \_\_\_\_\_

INCAPACITÉS	RESSOURCES 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam. 5. infirmière 6. bénévoles	NOMBRE
<b>A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE</b>		
<b>1. SE NOURRIR</b>		
<p>0 Se nourrit seul</p> <p>1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU un doit couper ou hacher sa nourriture au préalable</p> <p>2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un</p> <p>3 Doit être nourri entièrement par une autre personne <input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique      <input type="checkbox"/> gastrostomie</p>	<p>Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> non _____</p> <p>Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
<b>2. SE LAYER</b>		
<p>0 Se lave seul</p> <p>1 Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement</p> <p>2 A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement</p> <p>3 Nécessite d'être lavé par une autre personne car ne participe pas activement à sa toilette</p>	<p>Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> non _____</p> <p>Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
<b>3. S'HABILLER</b>		
<p>0 S'habille seul</p> <p>1 S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin de surveillance pour le faire OU on doit lui sortir son linge et lui présenter OU on doit apporter certaines touches (boutons)</p> <p>2 Nécessite de l'aide pour s'habiller</p> <p>3 Doit être habillé par une autre personne</p>	<p>Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> non _____</p> <p>Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>
<b>4. ENTRETIEN DE SA PERSONNE (se brosser les dents, se peigner, se faire la barbe)</b>		
<p>0 Entretien sa personne seul</p> <p>1 A besoin de stimulation ou nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne</p> <p>2 A besoin d'aide pour entretenir sa personne</p> <p>3 Ne participe pas à l'entretien de sa personne</p>	<p>Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> non _____</p> <p>Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p>

\* STABILITÉ: dans les semaines qui viennent, il est prévu que ces ressources:  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas