

ECHELLE D'AUTO-EVALUATION

Avant de commencer le questionnaire, je vous demanderai de retenir 3 mots que je vous redemanderai plus tard (Fleur / Riz / Porte)

		0 point	1 point
Vulnérabilité physique	Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que votre état de santé physique vous a gêné dans votre vie quotidienne ou vos relations avec les autres ?	NON	OUI
	Est-ce que vous êtes limités dans vos capacités à marcher ou à vous déplacer ? (Canne simple, cannes anglaises, fauteuil roulant)	NON	OUI
	Avez-vous l'impression de rencontrer des difficultés sur le plan auditif ou visuel ? Ou est-ce que vous avez des pathologies visuelles ou pouvant altérer votre vision ? (HTA, Diabète, Glaucome ...)	NON	OUI
	Est-ce que vous connaissez la date complète d'aujourd'hui ainsi que l'adresse du lieu où vous vous trouvez ?	OUI	NON
	Est-ce que vous pouvez me rappeler les 3 mots cités précédemment ?	OUI	NON
	Avez-vous perdu 3kg ou plus sur les 3 derniers mois ?	NON	OUI
Vulnérabilité psychologique	Est-ce que vous prenez plaisir à réaliser certaines activités comme lire un livre ou écouter une émission de radio ou de télé	OUI	NON
	Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	OUI	NON
	Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	NON	OUI
	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tel que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	NON	OUI
	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous souffert au point d'avoir des idées suicidaires ?	NON	OUI
	Est-ce que vous avez des addictions (jeu, alcool, drogue, tabac, achats ...)	NON	OUI
Vulnérabilité sociale	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins primaires (logement, alimentation ...) ?	OUI	NON
	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	OUI	NON
	Avez-vous besoin d'aide pour effectuer les tâches de la vie quotidienne ? (ménage, courses, préparation des repas, gestion financière, administrative, préparation et prise régulière de votre traitement ...)	NON	OUI
	Avez-vous besoin d'aide pour la toilette, l'habillage, les transferts ... ?	NON	OUI
	Est-ce que vous rencontrez des difficultés pour lire, écrire ou compter ?	NON	OUI
	Est-ce que vous êtes suivi et accompagné par un dispositif de coordination type DAC ou par un professionnel appartenant à une CPTS ?	OUI	NON
Vulnérabilité environnementale	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous héberger ou vous apporter une aide matérielle ?	OUI	NON
	Etes-vous satisfait de votre lieu de vie ? Vivez-vous dans un environnement sain ? (Humidité, chauffage, isolation, accessibilité ...)	OUI	NON
	Vous êtes-vous déjà senti ou vous sentez-vous en insécurité dans votre vie quotidienne, relationnelle, sociale, professionnelle ?	NON	OUI
	Etes-vous satisfait de votre accès aux services de santé ?	OUI	NON
	En cas d'urgence, est ce que vous disposez déjà d'un outil de communication et d'alerte rapide ? (Portable, téléalarme ...)	OUI	NON
	Est-ce que vous avez facilement accès aux différents services de base (pharmacie, supermarché, boulangerie ...) ?	OUI	NON

SCORE TOTAL :

/24