

FACT-GP (4ème Version)

Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.

BIEN-ÊTRE PHYSIQUE

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GP1	Je manque d'énergie	0	1	2	3	4
GP2	J'ai des nausées	0	1	2	3	4
GP3	À cause de mon état physique, j'ai du mal à répondre aux besoins de ma famille	0	1	2	3	4
GP4	J'ai des douleurs.....	0	1	2	3	4
GP6	Je me sens malade	0	1	2	3	4
GP7	Je suis obligé(e) de passer du temps allongé(e)	0	1	2	3	4

BIEN-ÊTRE FAMILIAL/SOCIAL

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GS1	Je me sens proche de mes amis	0	1	2	3	4
GS2	Ma famille me soutient moralement.....	0	1	2	3	4
GS3	Mes amis me soutiennent	0	1	2	3	4
GS6	Je me sens proche de mon (ma) partenaire (ou de la personne qui est mon principal soutien).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Quel que soit votre degré d'activité sexuelle en ce moment, veuillez répondre à la question suivante. Si vous préférez ne pas y répondre, cochez cette case</i> <input type="checkbox"/>					
GS7	Je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle.....	0	1	2	3	4

FACT-GP (4ème Version)

Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.

BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GE1	Je me sens triste.....	0	1	2	3	4
GE4	Je me sens nerveux (nerveuse).....	0	1	2	3	4
GE5	Je suis préoccupé(e) par l'idée de mourir.....	0	1	2	3	4
GE6	Je suis préoccupé(e) à l'idée que mon état de santé puisse s'aggraver.....	0	1	2	3	4

BIEN-ÊTRE FONCTIONNEL

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GF1	Je suis capable de travailler (y compris le travail à la maison).....	0	1	2	3	4
GF2	Mon travail (y compris le travail à la maison) me donne de la satisfaction.....	0	1	2	3	4
GF3	Je suis capable de profiter de la vie.....	0	1	2	3	4
GF5	Je dors bien.....	0	1	2	3	4
GF6	J'apprécie mes loisirs habituels.....	0	1	2	3	4
GF7	Je suis satisfait(e) de ma qualité de vie actuelle.....	0	1	2	3	4

Nom de la Health Home _____

Numéro d'identification de client Medicaid _____

Date / /
 JJ / MM / AA

Type d'évaluation (Cochez (✓) une réponse)

Initiale Annuelle Congé

Nom du responsable des soins (en majuscules)

Signature

Date