FACT-GP (4ème Version)

Veuillez 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	*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 et passez à la section suivante.* ☐					
GS7	Je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle	0	1	2	3	4

Copyright 1987, 1997

FACT-GP (4ème Version)

Veuillez 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

Copyright 1987, 1997