

Ministère de la Santé de l'État de New York

Questionnaire fonctionnel relatif aux Health Homes

- Le présent formulaire a été élaboré dans le but d'être administré avec le formulaire FACT-GP (Version 4).
- Entourez ou cochez une réponse par ligne pour indiquer votre réponse qui s'applique aux 7 derniers jours.

Nom de la Health Home _____

Numéro d'identification de client Medicaid _____

Date ____ / ____ / ____
 JJ / MM / AA

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

Initiale Annuelle Congé

<u>Questions</u>		Pas du tout	Un petit peu	Un peu	Assez	Beaucoup
HH1	J'ai besoin d'aide pour m'habiller.....	0	1	2	3	4
HH2	J'ai besoin d'aide pour manger.....	0	1	2	3	4
HH3	J'ai besoin de services d'interprétation.....	0	1	2	3	4
HH4	J'ai des personnes qui m'aident si nécessaire.....	0	1	2	3	4
HH5	Je me rends chez mon médecin/hôpital en cas de besoins médicaux/comportementaux.....	0	1	2	3	4

<u>Question</u>		Oui	Non
HH6	Je suis sans abri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom du responsable des soins (en majuscules)

Signature

Date