

Mesure des résultats rapportés par la famille (FROM-16) © Confidentiel

Les questions suivantes portent sur la façon dont **votre** vie est **actuellement** affectée par l'état de santé de votre proche.

Veuillez cocher une case pour chacune des 16 questions.

Veuillez répondre aux questions suivantes :

Votre âge : _____

Votre sexe : masculin / féminin

Votre lien avec le patient : _____

Diagnostic du patient _____

Partie 1 : Vie émotionnelle

En raison de l'état de santé de mon proche...

Pas du tout Un peu Beaucoup

1. Je suis inquiet/ète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je suis en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me sens triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je suis frustré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai du mal à trouver quelqu'un à qui confier mes pensées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prendre soin de mon proche est difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie 2 : Vie sociale et personnelle

En raison de l'état de santé de mon proche...

Pas du tout Un peu Beaucoup

7. J'ai du mal à trouver du temps pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mes déplacements quotidiens sont perturbés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mes habitudes alimentaires sont perturbées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mes activités familiales sont perturbées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai du mal à partir en vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ma vie sexuelle est perturbée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ma vie professionnelle ou scolaire est perturbée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mes relations avec les autres membres de ma famille sont perturbées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Les dépenses de ma famille ont augmenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mon sommeil est perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions. Merci.

Pour usage interne uniquement

Score pour la partie 1 (sur 12) : _____

Score pour la partie 2 (sur 20) : _____

Score total (sur 32) : _____