
L'aide-proches

version abrégée

Pour connaître les aspirations, les interrogations,
les décisions et les espoirs des proches

N.Guberman, J. Keefe, P. Fancey, L. Barylak

NOM DE L' Aidant-e : _____

NOM DE L' Aidé-e : _____

NOM DE L' Évaluatrice : _____

DATE(S) DE L' ENTREVUE : _____ NUMÉRO DE DOSSIER _____

© Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash et Barylak, 2006, Édition 2007

L'aide-proches, version abrégée, a pu être réalisée grâce au soutien financier de Santé Canada. Ce travail s'appuie sur des travaux antérieurs menés par Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash et Barylak (2001) : « Élaboration d'outils de dépistage et d'évaluation auprès des aidant-e-s », projet subventionné par le Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada. Pour de plus amples renseignements sur ces projets, veuillez consulter le site Web : www.msvu.ca/family&gerontology/project.

1. PROFILS

1a. Profil de l'aidant-e

ADRESSE : _____

VILLE : _____ TÉLÉPHONE : _____

SEXE : F M ÂGE : _____ ÉTAT MATRIMONIAL : _____

ORIGINE ETHNIQUE : _____ LANGUE PARLÉE À LA MAISON : _____

LIEN AVEC L'AIDÉ-E : L'AIDÉ-E EST LE/LA _____ DE L'AIDANT-E.

1b. Profil de l'aidé-e

SEXE : F M ÂGE : _____ ÉTAT MATRIMONIAL : _____

ORIGINE ETHNIQUE : _____ LANGUE PARLÉE _____

HANDICAP/MALADIE _____

Est-ce que l'aidé-e reçoit des services formels ou communautaires : Oui Non

Si oui, quels sont ces services ?

2. DESCRIPTION DU TRAVAIL DE L'AIDANT-E ET DU SOUTIEN REÇU

2.1 Liste des tâches à effectuer : intensité, soutien, problèmes ou difficultés

Assistez-vous l'aidé-e pour la réalisation des tâches suivantes ? Si oui, veuillez décrire ce que vous faites.

SOINS PHYSIQUES ET INFIRMIERS :

Oui Non

Se nourrir : _____

Se vêtir : _____

Se laver : _____

Soins corporels ou d'hygiène : _____

Soins liés à l'incontinence : _____

Mobilité de l'aidé-e : _____

Transferts : _____

Exercices de physiothérapie ou d'ergothérapie : _____

Prise de médicaments : _____

Soins infirmiers ou médicaux : _____

Quels autres types d'aide relié aux soins physiques et infirmiers reçoit l'aidé ? _____

Dans le cadre des soins physiques et infirmiers que vous assurez et de l'aide reçue à cet effet, y a-t-il des aspects problématiques ?

TÂCHES DOMESTIQUES :**Oui Non**Préparer les repas : _____ Faire les courses, les commissions : _____ Faire la lessive : _____ Nettoyer la maison : _____ L'entretien de la maison, tâches légères et lourdes : _____ S'occuper des aspects financiers et juridiques : _____ Aider financièrement : _____ **Quels autres types d'aide relié aux tâches domestiques reçoit l'aidé-e ?** _____**Dans le cadre des tâches domestiques que vous assurez et l'aide reçue à cet effet, y a-t-il des aspects problématiques ?** _____**SOUTIEN ET SUPERVISION : « DEVEZ-VOUS ? »****Si vous répondez oui, aux situations suivantes, veuillez décrire ce que vous faites ?****Oui Non**Rester à la maison afin que l'aidé-e se sente en sécurité : _____ Offrir un soutien émotionnel, rassurer l'aidé-e : _____ Modifier les comportements problématiques, dangereux ou indésirables de l'aidé-e : _____ Encourager l'aidé-e à participer à différentes activités _____ Prévenir les blessures, les accidents ou l'errance _____ Rester vigilant la nuit _____ **Quels autres types d'aide relié au soutien et à la supervision reçoit l'aidé-e ?** _____**Dans le cadre du soutien et de la supervision que vous assurez et l'aide reçue à cet effet, y a-t-il des aspects problématiques ?** _____

COORDINATION ET MÉDIATION

Oui Non

Faire les démarches pour trouver, organiser et encadrer les services pour l'aidé-e (santé, services sociaux, légaux, notaire, etc.) _____

Coordonner, former ou encadrer les aides à domicile _____

Prendre les rendez-vous pour l'aidé-e et l'accompagner _____

Servir d'interprète _____

Assurer le transport _____

Intervenir pour faciliter les relations entre l'aidé-e et son entourage _____

Défendre les droits de l'aidé-e _____

Autres (précisez) _____

Quels autres types d'aide relié à la coordination et à la médiation reçoit l'aidé-e ? _____

Dans le cadre de la coordination et de la médiation que vous assurez et l'aide reçue à cet effet, y a-t-il des aspects problématiques ? _____

2.2 Y a-t-il autre chose que vous faites pour l'aidé-e et dont vous aimeriez parler ? _____

2.3 Dans votre famille, qui a le dernier mot quant aux décisions concernant les soins de l'aidé-e ? _____

Cette situation vous pose-t-elle problème ? Oui Non

Si oui, pourquoi ? _____

2.4 Depuis combien de temps êtes-vous proche aidant ? _____ Durée de l'engagement intensif (s'il y a lieu). _____

2.5 Considérez-vous vos responsabilités d'aidant-e comme un travail à assurer :

24 heures sur 24 À temps plein À temps partiel Occasionnellement

2.6 Est-ce que votre rôle d'aidant vous préoccupe :

Toujours Souvent Parfois Rarement

2.7 Comment et pourquoi êtes-vous devenue la principale personne responsable des soins de l'aidé-e ? _____

2.8 Sur qui pouvez-vous compter pour avoir du soutien ? _____

2.9 Sur une échelle de 1 à 10, où vous situez-vous par rapport à vos besoins de soutien dans votre travail comme aidant-e ? 1 étant aucun besoin et 10 étant besoins très grands

3. LES RAPPORTS ENTRE L'AIDANT-E ET LE PERSONNEL DES DIFFÉRENTS SERVICES

3.1 Aimerez-vous participer davantage aux décisions concernant les soins médicaux, l'aide à domicile et les autres services que reçoit l'aidé-e ? Oui Non

3.2 Recevez-vous suffisamment d'information de la part des professionnels sur l'état de santé de l'aidé-e ? Oui Non

3.3 Dans le cadre de vos rapports avec le personnel professionnel, avez-vous des problèmes liés à la langue, à la culture, au mode de vie ou aux valeurs ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser? _____

4. L'HABITATION ET LE TRANSPORT

4.1 Habitez-vous avec l'aidé-e ? Oui Non

Si non, quelle est la distance approximative entre votre demeure et celle de l'aidée ? _____

Y a-t-il d'autres personnes qui demeurent avec l'aidé-e ? _____

4.2 Est-ce que le fait d'habiter ou pas avec l'aidé-e est source de problèmes ? Si oui, quels sont-ils ? _____

4.3 Dans le cadre des soins à apporter, la condition actuelle de votre demeure (ou celle de l'aidé-e) pose-t-elle problème ?

Si oui, quel sont ces problèmes ? _____

4.4 Le fait de vivre soit en milieu rural, dans une petite ville, en banlieue ou en milieu urbain vous occasionne-t-il des problèmes pour remplir votre rôle d'aidant-e ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser. _____

4.5 Prévoyez-vous des changements à la situation en matière de résidence au cours de la prochaine année dus aux soins à apporter à l'aidé-e ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser. _____

4.6 La question du transport est-elle un source de préoccupation ? Oui Non

Si oui, quelles sont ces préoccupations ? _____

5. LA CONCILIATION DES RESPONSABILITÉS

5.1 Avez-vous des enfants ? Oui Non

Si oui, quel âge ont-ils ? _____

Combien d'entre eux sont encore à votre charge ? _____

5.2 Avez-vous d'autres responsabilités ou engagements (emploi, enfants à charge, formation, bénévolat, loisirs) ? _____

5.3 Comment arrivez-vous à concilier vos engagements, vos responsabilités et votre rôle d'aidant-e ? _____

5.4 Avez-vous renoncé ou avez-vous l'intention de renoncer à certaines responsabilités à cause de votre rôle d'aidant-e ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

5.4.1 En quoi cette décision a-t-elle changé ou changera-t-elle votre situation ? _____

5.5 Quel impact a eu cette décision sur vous ou sur votre rôle d'aidant-e ? _____

5.6 POUR LES AIDANTS-ES QUI OCCUPENT UN EMPLOI SEULEMENT :

5.6.1 En quoi votre travail a-t-il été affecté par votre rôle d'aidant-e ? _____

5.6.2 Avez-vous des préoccupations concernant votre travail ? _____

5.6.3 Quels impacts ont eu sur vous ou sur votre situation financière, les ajustements faits au travail ? _____

6. LES COÛTS FINANCIERS DE L'AIDE

VEUILLEZ INFORMER L'AIDANT-E QUE :

- L'aidant-e doit souvent assumer différents frais associés aux soins et cela peut se révéler difficile pour certaines personnes. La question de l'argent peut être délicate.
- L'aidant-e n'est pas tenu-e de répondre aux questions auxquelles il-elle préfère ne pas répondre.

6.1 Parmi les énoncés suivants, lequel définit le mieux la situation de revenu de l'aidé-e et la vôtre ?

Notre revenu est considéré comme un revenu familial (tout est mis en commun).

Nous avons des revenus séparés.

L'aidé-e seul-e a un revenu.

Moi seul-e ai un revenu.

6.1.1 Cette situation vous pose-t-elle problème ? Oui Non

Si oui, quels sont ces problèmes ? _____

6.2 Éprouvez-vous des difficultés concernant les dépenses liées aux soins à apporter (dépenses liées à la maison, à un régime alimentaire particulier, à la médication, aux services, etc.).

Si oui, veuillez préciser : _____

6.3 Y a-t-il des médicaments, du matériel ou des traitements que l'aidé-e devrait avoir, mais qu'il-elle ou vous ne pouvez pas payer ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

6.4 Connaissez-vous les programmes de prestation et de crédits d'impôt dont vous ou l'aidé-e pouvez bénéficier ?

Oui Non

7. LA SANTÉ DE L'AIDANT-E

7.1 Souffrez-vous de problèmes de santé physique ou mentale spécifiques ? _____

7.2 Votre santé physique est :

Excellente Bonne Passable Mauvaise

Si elle est passable ou mauvaise, comment cela vous affecte-t-il ? _____

7.3 Votre santé émotionnelle (votre moral) est :

Excellente Bonne Passable Mauvaise

Si elle est passable ou mauvaise, comment cela vous affecte-t-il ? _____

7.4 Santé physique

7.4.1 Depuis que vous êtes aidant-e (ou depuis ces dernières années), avez-vous remarqué des changements négatifs concernant :

Le sommeil	<input type="checkbox"/>	Les consultations médicales ou dentaires	<input type="checkbox"/>
L'alimentation générale	<input type="checkbox"/>	La prise de médicament ou de drogue	<input type="checkbox"/>
Les maux de tête	<input type="checkbox"/>	La consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>
Les maux de dos	<input type="checkbox"/>	La consommation de cigarettes	<input type="checkbox"/>
La fatigue	<input type="checkbox"/>	Le gain ou la perte de poids	<input type="checkbox"/>
Les problèmes de santé déjà existants	<input type="checkbox"/>	L'exercice physique	<input type="checkbox"/>

7.4.3 Votre vie sexuelle/intime s'est-elle modifiée d'une quelconque façon ? Comment cela vous affecte-t-il ? _____

7.5 Santé émotionnelle

7.5.1 Au cours des derniers mois, avez vous ressenti :

De l'ennui	<input type="checkbox"/>	L'impression de ne pas être apprécié-e	<input type="checkbox"/>
De la nervosité, de l'inquiétude	<input type="checkbox"/>	De la colère	<input type="checkbox"/>
De l'épuisement	<input type="checkbox"/>	Un sentiment d'être dépassée par la situation	<input type="checkbox"/>
De l'isolement, de la solitude	<input type="checkbox"/>	De la frustration, du découragement	<input type="checkbox"/>
De la tristesse	<input type="checkbox"/>	Un sentiment de perte, de peine, de deuil	<input type="checkbox"/>
De la culpabilité	<input type="checkbox"/>	De la dépression	<input type="checkbox"/>
De l'impuissance	<input type="checkbox"/>		

7.5.2 Parmi ces sentiments ressentis, lesquels sont reliés à votre rôle d'aidante ? _____

7.5.3 Quels sont ceux qui vous préoccupent le plus ? _____

7.5.4 Arrivez-vous à calmer ces sentiments ? Oui Non

Si oui, comment ? Est-ce suffisant ? _____

7.5.5 Avez-vous vécu récemment un stress important, comme un décès, une perte d'emploi ou une maladie ?

Oui Non

Si oui, qu'est-il arrivé ? Comment cela vous a-t-il affecté ? _____

8. RELATIONS ENTRE L'AIDANT-E, L'AIDÉ-E ET LA FAMILLE

8.1 Est-ce que votre relation avec l'aidé-e a changé de façon positive ou négative depuis que vous vous en occupez (ou depuis les 5 dernières années) ? Oui Non

Si oui, de quelle façon ? _____

8.2 Est-ce qu'il y a des points de tension entre vous et l'aidé-e concernant les soins à apporter ?

Oui Non **Si non, poursuivre à la question 8.3.**

8.2.1 Si oui, quels sont-ils et comment cela vous affecte-t-il ? _____

8.3 Vous arrive-t-il de vivre des situations difficiles à cause de certains comportements ou besoins de l'aidé-e ?

Cris, gestes sexuels ou autres comportements inappropriés	<input type="checkbox"/>	Manque de coopération	<input type="checkbox"/>
Problèmes de mémoire et difficulté à comprendre les autres	<input type="checkbox"/>	Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>
Errance, fuites	<input type="checkbox"/>	Agressivité physique	<input type="checkbox"/>
Discours répétitif	<input type="checkbox"/>	Agressivité sexuelle	<input type="checkbox"/>
Besoin de beaucoup d'attention	<input type="checkbox"/>		

8.3.1 Comment cela vous affecte-t-il ? _____

8.4 Pensez-vous avoir besoin d'aide pour faire face à ces comportements ? Oui Non

8.5 Est-ce qu'il y a des points de tension entre vous et les autres membres de la famille (conjoint-e, frères, sœurs, enfants) ou les amis très proches, à propos des soins que vous apportez à l'aidé-e ?

Oui Non

8.5.1 Si oui, quels sont-ils et comment cela vous affecte-t-il ? _____

8.6 Est-ce que vos relations avec les membres de votre famille (conjoint-e, frères, sœurs, enfants) ou les amis très proches ont changé à cause de votre rôle d'aidant-e ? Oui Non

Si oui, de quelle façon ? _____

8.7 Vous sentez-vous apprécié-e pour le travail que vous faites ? Oui Non

8.7.1 Si oui, qui vous témoigne son appréciation ?

Aidé(e) Famille Personnel professionnel Autres (préciser) _____

8.7.2 Si non, comment cela vous affecte-t-il ? _____

8.8 Qu'est-ce qui est le plus valorisant pour vous dans l'aide que vous apportez à l'aidé-e ? _____

8.9 Quelles sont vos qualités et vos forces personnelles qui vous permettent de bien assumer votre rôle d'aidant-e ? _____

9. PRÉVOIR LES SITUATIONS DE CRISE ET PLANIFIER L'AVENIR

VEUILLEZ INFORMER L'AIDANT-E QUE :

- Une situation de crise fait référence à un changement soudain imprévu, alors que tous les soins futurs font appel à la planification.

9.1 Comment gérez-vous une situation de crise ? _____

9.2 Avez-vous prévu un plan pour gérer les situations de crise suivantes :

Une dégradation soudaine de la situation et/ou une augmentation soudaine des besoins de l'aidé-e Oui Non

Si oui, préciser : _____

Se trouver subitement dans l'impossibilité d'apporter des soins. Oui Non

Si oui, préciser. _____

L'aidé-e erre ou se perd (s'il y a lieu) Oui Non

Si oui, préciser. _____

Une tentative de suicide de l'aidé-e Oui Non

Si oui, préciser. _____

En cas d'évacuation Oui Non

Si oui, préciser. _____

9.3 Avez-vous examiné avec l'aidé-e les différents aspects juridiques actuels ou ultérieurs reliés à votre rôle d'aidant-e tels que testament, tutelle, procuration, mandat en cas d'incapacité ? Oui Non

9.4 Avez-vous un plan pour l'avenir des soins à apporter à l'aidé-e ? Oui Non

9.5 Avez-vous des préoccupations particulières concernant l'avenir et votre rôle d'aidant-e ? Oui Non

Si oui, quelles sont vos préoccupations ? _____

9.6 En considérant tout ce que vous avez dit sur l'impact de votre rôle d'aidant-e sur votre vie et en considérant l'avenir, pensez-vous avoir l'énergie et la force mentale nécessaires pour continuer à vous occuper de l'aidé-e ? Oui Non

Commentaires _____

9.6.1 Si oui, qu'avez-vous besoin en termes de compétences ou de soutien pour vous aider à continuer votre travail d'aide auprès de l'aidé-e ?

9.6.2 Si non, quels sont les énoncés qui représentent le mieux les changements que vous aimeriez voir ?

J'AIMERAIS...

Partager mes responsabilités avec le personnel des services

Partager mes responsabilités avec d'autres membres de la famille

Considérer l'hébergement de l'aidé-e dans une résidence ou autre type de lieu supervisé

Considérer l'hébergement de l'aidé-e dans un CHSLD

Réduire de façon significative mes responsabilités sans me désengager totalement

Cesser mon engagement comme aidant-e

9.7 Vous ne connaissez peut-être pas tous les services ou ressources disponibles, voici une liste des différents services de soutien offerts qui pourraient vous être utiles. S'il était possible d'avoir accès à tous les services suivants, quels sont ceux qui vous aideraient le plus ?

Service d'information	<input type="checkbox"/>	Aide pour la médication	<input type="checkbox"/>
Formation pour les soins spécialisés que vous assurez	<input type="checkbox"/>	Soutien en cas d'urgence	<input type="checkbox"/>
Formation et encadrement du personnel à domicile	<input type="checkbox"/>	Groupes de soutien	<input type="checkbox"/>
Conseils sur l'alimentation	<input type="checkbox"/>	Counselling individuel ou familial	<input type="checkbox"/>
Services d'aides à domicile	<input type="checkbox"/>	Conseiller spirituel ou religieux	<input type="checkbox"/>
Soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	Services juridiques, notaire	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie, physiothérapie, réadaptation	<input type="checkbox"/>	Aide financière, prestations	<input type="checkbox"/>
Soutien médical, services spécialisés	<input type="checkbox"/>	Aide pour entretien général de la maison	<input type="checkbox"/>
Soutien pour la gestion des services	<input type="checkbox"/>	Services de transport	<input type="checkbox"/>
Adaptation de domicile, équipement	<input type="checkbox"/>	Conseils sur les milieux substitués de vie et/ou l'hébergement à long terme	<input type="checkbox"/>
Répit	<input type="checkbox"/>	Services de soutien en cas d'abus	<input type="checkbox"/>
Centre de jour	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>

Commentaires _____

9.8 Si vous avez identifiés plus de deux ou trois services ou ressources disponibles, lesquels vous seraient les plus utiles ? _____

9.8.1 Quels services vous permettraient d'avoir un peu de temps pour vous-même ? _____

9.9 Aimeriez-vous vous impliquer de la façon suivante ?

- Représenter les proches aidants dans des comités, des établissements de santé et de services sociaux
- S'impliquer dans des groupes de défense des droits des proches aidants
- Participer à des consultations sur les politiques gouvernementales en matière de proches aidants
- Participer à des recherches sur les proches aidants
- Autres (préciser). _____

9.10 Est-ce la première fois que vous avez l'occasion de parler de votre situation ? _____

10. AUTRES RENSEIGNEMENTS

10.1 Nous avons complété toutes les sections de L'Aide-proches. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler concernant l'aidé-e, la famille ou vous-même, et qui nous aiderait à mieux comprendre votre situation (dynamique familiale, références culturelles ou religieuses, etc.) ?

AIDE-PROCHES : RÉSUMÉ

Résumé de la situation _____

DOMAINES D'ÉVALUATION	DEGRÉ DE DIFFICULTÉ OBSERVÉE					DÉGRADATION POTENTIELLE
	NULLE	FAIBLE	MOYEN	ÉLEVÉ	EXTRÊME	OUI
TRAVAIL DE L'AIDANTE						
Soins physiques et infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervision et soutien à l'aidé-e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination et médiation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDE EXTÉRIEURE (FORMELLE OU INFORMELLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RAPPORTS AVEC LE PERSONNEL DES SERVICES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABITATION ET TRANSPORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCILIATION DES RESPONSABILITÉS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COÛTS FINANCIERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANTÉ PHYSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANTÉ ÉMOTIONNELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELATIONS AVEC L'AIDÉ-E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELATIONS AVEC LES MEMBRES DE LA FAMILLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GESTION DE CRISES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLANIFICATION DE L'AVENIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRINCIPAUX DOMAINES PROBLÉMATIQUES	INTERVENTIONS RECOMMANDÉES	IDENTIFIÉ PAR	
		A*	É**
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A* : aidant-e É** : évaluateur, évaluatrice

Est-ce que l'aidant veut continuer à fournir des soins ? Oui Non

Si oui, à quelles conditions ? _____

Date de la prochaine évaluation : _____