

# 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) : \_\_\_\_\_