

# Mesure des résultats rapportés par un membre de la famille (FROM-16)<sup>©</sup>

Les questions suivantes portent sur la façon dont **votre** vie est affectée par l'état de santé d'un membre de votre famille **en ce moment**.

Veuillez cocher une case pour chacune des 16 questions.

## Veuillez répondre aux questions suivantes :

Votre âge : \_\_\_\_

Votre sexe : homme/femme

Votre relation avec le/la patient(e) : \_\_\_\_\_

Diagnostic du/de la patient(e) : \_\_\_\_\_

## Partie 1 : Plan émotionnel

À cause de l'état de santé d'un membre de ma famille...

Pas du tout    Un peu    Beaucoup

1. Je me sens inquiet(-ète)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je me sens 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 me sens frustré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai de la difficulté à trouver quelqu'un à qui parler de mes pensées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il est difficile de prendre soin de ce membre de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Partie 2 : Vie personnelle et sociale

À cause de l'état de santé d'un membre de ma famille...

Pas du tout    Un peu    Beaucoup

7. J'ai de la difficulté à trouver du temps pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mes déplacements quotidiens sont affectés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mes habitudes alimentaires sont affectées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mes activités familiales sont affectées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai de la difficulté à partir en vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ma vie sexuelle est affectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mon travail ou mes études sont affectés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mes relations avec les autres membres de ma famille sont affectées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mes dépenses familiales ont augmenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mon sommeil est affecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

À usage interne seulement

Score pour la partie 1 (sur 12) : \_\_\_\_

Score pour la partie 2 (sur 20) : \_\_\_\_

Score total (sur 32) : \_\_\_\_