

Mesure des résultats rapportés par un membre de la famille (FROM-16)[©]

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) : _____