

CPCHILD®

Caregiver Priorities & Child Health Index of Life with Disabilities

Instructions

1. Ce questionnaire concerne ta santé, ton confort et ton bien-être, et comment répondre à tes besoins.
2. S'il te plaît, lis attentivement les instructions
3. S'il te plaît, réponds à toutes les questions en encerclant le chiffre qui s'applique le mieux. Tu peux inscrire tes commentaires/clarifications dans l'espace prévu sous chacune des questions.

Par exemple:

		NIVEAU D'ASSISTANCE										
		C O M P L E T E	M O D E R É	S U P E R V I S I É	A U T O N O M E							
Considère comment tu fais habituellement chacune des activités suivantes Évalue la difficulté de chacune de ces activités au cours des 2 dernières semaines, et choisis le niveau d'assistance que tu as requis pour t'aider à accomplir ces activités.												
Au cours des 2 dernières semaines , quel a été le niveau de difficulté pour:	Impossible (presqu' Impossible)	Très Difficile	Légèrement Difficile	Très Facile	Aucune Difficulté							
1. Mettre / porter des chaussures? (bas, souliers, orthèses, etc.)	0	1	2	3	4	5	5	6	0	1	2	3

Dans l'exemple ci-dessus, la tâche de mettre tes chaussures a été évaluée comme étant *très facile*, et tu as nécessité un niveau d'*assistance minimale / supervisé* pour mettre tes chaussures.

4. A la fin de chaque section, il y a un espace où tu peux ajouter toutes les tâches que tu penses qui sont manquantes dans le questionnaire et que tu crois importante pour ton confort et ton bien-être.

Ton Nom _____

Date: _____

SECTION 1 : SOINS PERSONELS/ ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

LEVEL OF ASSISTANCE

Considère comment tu fais habituellement chacune des activités suivantes Évalue la difficulté de chacune de ces activités au cours des 2 dernières semaines, et choisis le niveau d'assistance que tu as requis pour t'aider à accomplir ces activités.	C O M P L E T E	M O D E R É	M I N I M A L É	S U P E R V I S I É	A U T O N O M E							
Au cours des 2 dernières semaines, quel a été le niveau de difficulté pour:	<i>Impossible</i> (Presqu' Impossible)				<i>Très</i> Difficile		<i>Légèrement</i> Difficile		<i>Très</i> Facile		<i>Aucune</i> Difficulté	
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
1. Manger / boire ou être nourrit? (comme cela est fait habituellement i.e. orale <u>ou</u> par un tube <u>ou</u> les deux) _____												
2. Maintenir une hygiène buccale? (garder la bouche et les dents propres) _____												
3. Prendre ton bain/te laver? _____												
4. Toutes les activités reliées à l'utilisation des toilettes (fonctions urinaire et intestinale, hygiène etc.)? _____												
5. Changer les couches/ sous-vêtements? _____												
6. Habiller/ déshabiller le haut du corps ? (chandail, manteau, etc.) _____												
7. Habiller/déshabiller le bas du corps? (pantalon, jogging, etc.) _____												

8. Mettre/porter des chaussures? (bas, souliers, orthèses, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
9. Le soin des cheveux (laver, sécher, brosser/peigner, attacher, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1A. Autre activité de soin personnel? Spécifie: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1B. Autre activité de soin personnel? Spécifie: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

SECTION 2: POSITIONNEMENT, TRANSFERT & DÉPLACEMENT

NIVEAU D'ASSISTANCE

								C O M P L E T E	M O D E R É	S U P E R V I S I O N N A L E	A U T O N O M E
<p>Considère comment tu fais habituellement chacune des activités suivantes</p> <p>Évalue la difficulté de chacune de ces activités au cours des 2 dernières semaines,</p> <p>et choisis le niveau d'assistance que tu as requis pour t'aider à accomplir ces activités.</p>											
Au cours des 2 dernières semaines , quel a été le niveau de difficulté pour:	<i>Impossible</i> (presque Impossible)	<i>très</i> Difficile	<i>légèrement</i> Difficile	<i>très</i> facile	<i>très</i> facile	<i>aucun</i> probleme	0	1	2	3	
10. Te mettre au lit et sortir du lit? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
11. Transférer dans et hors d'un fauteuil roulant/chaise? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
12. T'asseoir dans un fauteuil roulant/chaise? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. Te tenir debout pour faire des exercices / transferts? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
14. Te déplacer dans la maison? (peu importe de quelle façon) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. Te déplacer à l'extérieur? (peu importe de quelle façon) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
16. Embarquer et débarquer d'un véhicule? (auto, fourgonnette ou autobus) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
17. Visiter des endroits publics? (parc, théâtre, activités touristiques, etc) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2A. Autre activité? Spécifie: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

2B. Autre activité?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
Spécifie: _____											

CPRCHILD

CPRCHILD

CPRCHILD

SECTION 3: CONFORT & EMOTIONS

Au cours des <u>2 dernières semaines</u> , à quelle fréquence as-tu ressenti de la douleur ou de l'inconfort							INTENSITÉ			
	<i>Chaque</i> Jour	<i>Très</i> Souvent	<i>Assez</i> Souvent	<i>Quelques</i> Fois	<i>une fois</i> ou deux	<i>Jamais</i>	S E V E R E	M O D E R È E	L É G È R E	A U C U N E
18. Lorsque tu manges/bois ou es nourrit?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. Lors des activités reliées à l'utilisation de la toilette (fonctions urinaire et intestinale, hygiène, changement de couches, etc.)?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. Lors de l'habillage/déshabillage?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. Lors des transferts ou des changements de position?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. Lorsque tu es assis?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. Lorsque tu es couché dans ton lit?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. Qui a perturbé ton sommeil ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. Lors d'une autre activité? Spécifie: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. Lors d'une autre activité? Spécifié: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
Au cours des <u>2 dernières semaines</u> , à quelle fréquence as-tu été										

25. agité, bouleversé, ou fâché? _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. malheureux ou triste? _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

CPRCHILD

CPRCHILD

CPRCHILD

SECTION 4: COMMUNICATION & INTERACTION SOCIALE

Considération comment tu effectues **habituellement** chacune des activités suivantes

Évalue la **difficulté** de chacune de ces activités au cours des 2 dernières semaines.

Au cours des 2 dernières semaines, quel a été le niveau de difficulté pour:	<i>Impossible</i>	<i>(presque Impossible)</i>	<i>Très Difficile</i>	<i>Difficile</i>	<i>Légèrement Difficile</i>	<i>facile</i>	<i>Très Facile</i>	<i>Aucun Problème</i>
	0	1	2	3	4	5	6	
27. Comprendre la personne qui prend soin de toi?	0	1	2	3	4	5	6	
26. Être compris par la personne qui prend soin de toi?	0	1	2	3	4	5	6	
27. Communiquer avec les gens qui ne te connaissent pas bien?	0	1	2	3	4	5	6	
28. Jouer seul?	0	1	2	3	4	5	6	
29. Jouer avec les autres?	0	1	2	3	4	5	6	
30. Être présent à l'école/garderie?	0	1	2	3	4	5	6	
31. Participer à des activités récréatives (natation, interaction avec la famille et ami, etc.)?	0	1	2	3	4	5	6	
4A. Se sentir près ou lié à la personne qui prend le plus soin de toi?	0	1	2	3	4	5	6	
4B. Communiquer ce que tu veux?	0	1	2	3	4	5	6	

SECTION 5: SANTÉ

Au cours des 2 dernières semaines	<i>SVP encerclez l'option qui s'applique le mieux</i>					
1. Combien de fois as-tu visité un docteur ou été à l'hôpital?	<i>Admis >7 jours</i>	<i>Admis < 7 jours</i>	<i>3 fois ou plus</i>	<i>deux fois</i>	<i>une fois</i>	<i>aucune</i>
_____	0	1	2	3	4	5

Au cours des 2 dernières semaines	<i>Très Pauvre</i>	<i>Pauvre</i>	<i>Passable</i>	<i>Bonne</i>	<i>tres Bonne</i>	<i>n Excellente</i>
Comment est-ce que tu évaluerais ta santé générale	0	1	2	3	4	5
_____	_____					

2. Incrire les médicaments que tu as pris dans les 2 dernières semaines

0. Aucune médication

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

SECTION 6: TA QUALITÉ DE VIE EN GÉNÉRALE

Au cours des 2 dernières semaines	<i>très</i> <i>Pauvre</i>	<i>Pauvre</i>	<i>Passable</i>	<i>Bonne</i>	<i>très</i> <i>bonne</i>	<i>Excellente</i>
3. Comment évaluerais-tu ta qualité de vie en générale _____	0	1	2	3	4	5

SECTION 7: IMPORTANCE DES ÉLÉMENTS POUR TA QUALITÉ DE VIE

Quelle importance penses-tu que ton statut actuel pour chacun des éléments suivants contribue à ta qualité de vie?	Moins Important	Pas très Important	Légèrement Important	Moyennement Important	Très Important	Le plus Important
1. Manger / boire ou être nourrit	0	1	2	3	4	5
2. Maintenir une hygiène buccale	0	1	2	3	4	5
3. Prendre ton bain / te laver	0	1	2	3	4	5
4. Activités reliées à l'utilisation de la toilette (fonctions urinaire et intestinale/ hygiène etc.)	0	1	2	3	4	5
5. Changer de couche/ sous-vêtement	0	1	2	3	4	5
6. Habillage / déshabillage du haut du corps	0	1	2	3	4	5
7. Habillage / déshabillage du bas du corps	0	1	2	3	4	5
8. Mettre / porter souliers, orthèses et autres	0	1	2	3	4	5
9. Soins de tes cheveux (laver, sécher, brosser/peigner, attacher, etc.)	0	1	2	3	4	5
10. Se mettre au lit et sortir du lit	0	1	2	3	4	5
11. Transférer dans et hors d'un fauteuil roulant/chaise	0	1	2	3	4	5
12. T'asseoir dans un fauteuil roulant / chaise	0	1	2	3	4	5
13. Te tenir debout pour faire des exercices / transferts	0	1	2	3	4	5
14. Te déplacer dans la maison	0	1	2	3	4	5
15. Te déplacer à l'extérieur	0	1	2	3	4	5
16. Embarquer / débarquer d'un véhicule	0	1	2	3	4	5
17. Visiter des endroits publics	0	1	2	3	4	5
18. Confort lors de l'alimentation	0	1	2	3	4	5
19. Confort lors des activités reliées à l'utilisation de la toilette (fonctions urinaire et intestinale)	0	1	2	3	4	5
20. Confort lors de l'habillage/ déshabillage	0	1	2	3	4	5
21. Confort lors des transferts ou des changements de position	0	1	2	3	4	5
22. Confort lorsqu'assis	0	1	2	3	4	5
23. Confort lorsque couché	0	1	2	3	4	5
24. Confort pendant le sommeil	0	1	2	3	4	5
25. État émotionnel ou comportement	0	1	2	3	4	5
26. Bonheur	0	1	2	3	4	5

27. Capable de comprendre la personne qui prend soin de toi	0	1	2	3	4	5
28. Capable d'être compris par la personne qui prend soin de toi	0	1	2	3	4	5
29. Capable de communiquer avec les autres	0	1	2	3	4	5
30. Capable de jouer seul	0	1	2	3	4	5
31. Capable de jouer avec les autres	0	1	2	3	4	5
32. Capable d'aller à l'école / garderie	0	1	2	3	4	5
33. Capable de participer aux activités récréatives	0	1	2	3	4	5
4A. Capable de te sentir près ou lié à la personne qui prend soin de toi	0	1	2	3	4	5
4B. Capable de communiquer ce que tu veux	0	1	2	3	4	5
34. Minimiser les visites chez le docteur et les hospitalisations	0	1	2	3	4	5
35. Santé générale	0	1	2	3	4	5
36. Minimiser le nombre de médicaments	0	1	2	3	4	5

SECTION 8: FAITS A TON PROPOS

<p>1. Tu es:</p>	<p align="center"> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme </p>
<p>2. Quel est ta date de naissance?</p>	<p align="center"> ____ / ____ / ____ Mois Jour Année </p>
<p>3. Quel est ton plus <u>haut</u> niveau de scolarité complété? (coches juste une année)</p>	<p> Pré-maternelle ____ Maternelle ____ 1^{ière} Année ____ 2^{ième} Année ____ 3^{ième} Année ____ 4^{ième} Année ____ 5^{ième} Année ____ 6^{ième} Année ____ 7^{ième} Année ____ 8^{ième} Année ____ 9^{ième} Année ____ 10^{ième} Année ____ 11^{ième} Année ____ 12^{ième} Année ____ Classe spécialisée ____ Si fréquente une classe spécialisée, combien d'années as-tu complétées? </p>

SECTION 9: FAITS A PROPOS DE LA PERSONNE QUI PREND SOIN DE TOI

1. Est-ce cette personne est:	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
2. Quel est la date de naissance de cette personne?	____ / ____ / ____ Mois Jour Année
3. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'état de travail actuel de cette personne? (coches tout ce qui s'applique)	Ne travaille pas à cause de la santé de l'enfant _____ Ne travaille pas pour d'autres raisons _____ Recherche du travail à l'extérieur de la maison _____ Travaille à temps plein ou partiel (soit à l'extérieur de la maison, soit à la maison) Au foyer à temps plein _____
4. Lequel des énoncés suivant décrit le mieux ta relation avec cette personne?	Parent Biologique _____ Beaux-Parents _____ Famille d'accueil _____ Parent Adoptif _____ Gardien légal _____ Gardien/gardiennne professionnel/le _____ Autre (SVP Expliquez) _____
5. En moyenne, combien de jours par semaine cette personne est responsable de tes soins?	____ jours par semaine
6. Quel est le plus haut niveau de scolarité que cette personne a complété?	Études secondaire débutées ou moins _____ Diplôme d'études secondaire ou équivalent _____ Diplôme d'études professionnelles ou techniques _____ Diplôme d'études universitaire 1 ^{er} cycle _____ Diplôme d'études universitaire 2 ^e cycle _____

Combien de temps cela t'as pris afin de compléter ce questionnaire seulement (en unités de temps): _____

MERCI DE TA PARTICIPATION!

CPRCHILD

CPRCHILD

CPRCHILD