

Caregiver Priorities & Child Health Index of Life with Disabilities

Instructions

1. Ce questionnaire concerne la santé de votre enfant, son confort et son bien-être, et comment répondre à ses besoins.
2. S’il vous plaît, lire attentivement les instructions
3. S’il vous plaît, répondre à toutes les questions en encerclant le chiffre qui s’applique le mieux. Vous pouvez inscrire vos 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 E	S U P E R V I S É E	A U T O N O M E			
Considérez comment chacune des activités suivantes sont habituellement effectuée par votre enfant. Évaluez la difficulté de chacune de ces activités au cours des 2 dernières semaines, et choisissez le niveau d’assistance qui a été requis pour aider votre enfant à accomplir ses activités.													
Au cours des 2 dernières semaines, quel a été le niveau de difficulté pour:	<i>Impossible (presqu’ impossible)</i>	<i>Très difficile</i>	<i>Légèrement difficile</i>	<i>Très Facile</i>	<i>Aucune Difficulté</i>								
1. Mettre / porter ses chaussures ? (bas, souliers, orthèses, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3		

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

4. À la fin de chaque section, il y a un espace où vous pouvez ajouter toutes les tâches que vous pensez qui sont manquantes dans le questionnaire et que vous croyez importante pour la santé, le confort et le bien-être de votre enfant.

Nom de l’enfant: _____

Nom du parent ou de l’aidant qui complète le formulaire: _____

Date: _____

SECTION 1 : SOINS PERSONNELS / ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

NIVEAU D'ASSISTANCE

Considérez comment chacune des activités suivantes est habituellement effectuée par/pour votre enfant. Évaluez la difficulté de chacune de ces activités au cours des 2 dernières semaines, et choisissez le niveau d'assistance qui a été requis pour aider votre enfant à accomplir ses activités.		C O M P L E T E	M O D È R É E	M I N I M A L E / S p e r v i s 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 difficile</i>	<i>difficile</i>	<i>Légèrement difficile</i>	<i>facile</i>	<i>Très facile</i>	<i>Aucune difficulté</i>	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)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2. Maintenir une hygiène buccale? (garder la bouche et les dents propres)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
3. Prendre son bain / se laver?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
4. Toutes les activités reliées à l'utilisation de la toilette (fonctions urinaire et intestinale, hygiène etc.)?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
5. Changer les couches/ sous-vêtements?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
6. Habiller / déshabiller le haut du corps ? (chandail, manteau, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
7. Habiller / déshabiller le bas du corps? (pantalon, jogging,	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

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? Spécifiez: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
1B. Autre activité de soin personnel? Spécifiez: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

SECTION 2: POSITIONNEMENT, TRANSFERT & DÉPLACEMENT

NIVEAU D'ASSISTANCE

Considérez comment chacune des activités suivantes sont habituellement effectuée par votre enfant. Évaluez la difficulté de chacune de ces activités au cours des 2 dernières semaines, et choisissez le niveau d'assistance qui a été requis pour aider votre enfant à accomplir ses activités.								C O M P L E T E	M O D E R É E	S U P E R V I S É M i n i m a l e	I N D É P E N D E N T
Au cours des 2 dernières semaines, quel a été le niveau de difficulté pour:	<i>Impossible (presqu' impossible)</i>	<i>très difficile</i>	<i>2</i>	<i>Légèrement difficile</i>	<i>Facile</i>	<i>très facile</i>	<i>aucun probleme</i>				
10. Se 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. S'asseoir dans un fauteuil roulant/chaise? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. Se tenir debout pour faire des exercices / transferts? _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
14. Se déplacer dans la maison? (peu importe de quelle façon) _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. Se 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?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

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

CPRCHILD

CPRCHILD

CPRCHILD

SECTION 3: CONFORT & EMOTIONS

INTENSITE

Au cours des <u>2 dernières semaines</u>, à quelle fréquence votre enfant a t'il ressenti de la douleur ou de l'inconfort	<i>Chaque</i>	<i>Très</i>	<i>Assez</i>	<i>Quelques</i>	<i>Une fois</i>	<i>Jamais</i>	S É V È R E	M O D E R É E	L É G È R E	A U C U N E
	Jour	Souvent	Souvent	Fois	ou deux	5				
18. Lorsqu'il mange/boit ou est 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 couche, 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. Lorsqu'il est assis?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. Lorsqu'il est couché sur son lit?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. Qui a perturbé son sommeil ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. Lors d'une autre activité? Spécifiez: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. Lors d'une autre activité? Spécifiez: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

Au cours des <u>2 dernières semaines</u>, à quelle fréquence votre enfant a 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
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SECTION 4: COMMUNICATION & INTERACTION SOCIALE

Considérez comment chacune des activités suivantes sont **habituellement** effectuée par votre enfant.

Évaluez 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 de votre enfant pour:	<i>Impossible</i> (presqu' impossible)	<i>Très</i> <i>difficile</i>	<i>Légèrement</i> <i>difficile</i>	<i>facile</i>	<i>Très</i> <i>facile</i>	<i>Aucun</i> <i>problème</i>
27. Vous comprendre?	0	1	2	3	4	5 6
28. Être compris par vous?	0	1	2	3	4	5 6
29. Communiquer avec les gens qui ne le connaissent pas bien?	0	1	2	3	4	5 6
30. Jouer seul?	0	1	2	3	4	5 6
31. Jouer avec les autres?	0	1	2	3	4	5 6
32. Être présent à l'école/garderie?	0	1	2	3	4	5 6
33. 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 vous?	0	1	2	3	4	5 6
4B. Communiquer à propos de ce qu'il veut?	0	1	2	3	4	5 6

SECTION 5: SANTÉ

Au cours des 2 dernières semaines	<i>SVP encerclez la meilleure l'option</i>					
34. Combien de fois votre enfant a dû visiter un docteur ou aller à l'hôpital?	<i>Admis >7 jours</i> 0	<i>Admis < 7 jours</i> 1	<i>3 fois ou plus</i> 2	<i>deux fois</i> 3	<i>une fois</i> 4	<i>aucune</i> 5

Au cours des 2 dernières semaines	<i>Très Pauvre</i>	<i>Pauvre</i>	<i>Passable</i>	<i>Bonne</i>	<i>Très Bonne</i>	<i>Très Excellente</i>	<i>n</i>
35. Comment est-ce que vous évalueriez la santé générale de votre enfant?	0	1	2	3	4	5	

36. Inscrire les médicaments que votre enfant a pris dans les 2 dernières semaines

0. Aucune médication

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

SECTION 6: LA QUALITÉ DE VIE EN GÉNÉRAL DE VOTRE ENFANT

Au cours des 2 dernières semaines	<i>Très Pauvre</i>	<i>Pauvre</i>	<i>Passable</i>	<i>bonne</i>	<i>très bonne</i>	<i>Excellente</i>
	0	1	2	3	4	5
37. Comment évalueriez-vous la qualité de vie en général de votre enfant	<hr/>					

SECTION 7: IMPORTANCE DES ÉLÉMENTS POUR LA QUALITÉ DE VIE DE VOTRE ENFANT

Quelle importance pensez-vous que le statut actuel de votre enfant pour chacun des éléments suivants contribue à sa qualité de vie?	Moins Important	Pas très Important	Quelque peu 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 son bain / se laver	0	1	2	3	4	5
4. Toutes les activités reliées à l'utilisation de la toilette (fonctions urinaire et intestinale / hygiène)	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. Soin des 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. S'asseoir dans un fauteuil roulant / chaise	0	1	2	3	4	5
13. Se tenir debout pour faire des exercices / transferts	0	1	2	3	4	5
14. Se déplacer dans la maison	0	1	2	3	4	5
15. Se 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 vous comprendre	0	1	2	3	4	5
28. Capable d'être compris par vous	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 se sentir près ou lié à vous	0	1	2	3	4	5
4B. Capable de communiquer ce qu'il veut	0	1	2	3	4	5
34. Minimiser les visites chez le docteur et les hospitalisations	0	1	2	3	4	5
35. Santé en générale	0	1	2	3	4	5
36. Minimiser le nombre de médicaments	0	1	2	3	4	5

SECTION 8: FAITS A PROPOS DE VOTRE ENFANT

1. MON ENFANT EST:	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
2. Quel est la date de naissance de votre enfant?	____ / ____ / ____ Mois Jour Année
3. Quel est le plus <u>haut</u> niveau de scolarité que votre enfant a complété? (cochez juste une année)	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 a-t' il complétées? ____

SECTION 9: FAITS A PROPOS DE VOUS

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

--	--

Combien de temps cela vous a pris afin de compléter ce questionnaire seulement (en unités de temps): _____

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION!

CPRCHILD
CPRCHILD
CPRCHILD