

CPCHILD-VF[®]

Questionnaire traitant de la santé des enfants en situation de handicap et des priorités de leurs aidants

Instructions

1. Ce questionnaire a pour objet d'étudier la santé, le confort et le bien-être de votre enfant, ainsi que les difficultés que vous rencontrez lors des soins et des activités de la vie quotidienne.
2. S'il vous plaît, lisez attentivement toutes les questions.
3. Veuillez répondre à toutes les questions, en entourant le chiffre approprié. Vous pouvez ajouter un commentaire à l'endroit indiqué.

Par exemple :

								Niveau d'assistance										
Indiquez le niveau de difficulté et le niveau d'aide nécessaire à votre enfant pour réaliser chacune de ces activités au cours des 2 semaines passées. Il faut comparer avec la manière dont elles sont habituellement réalisées par votre enfant.								T O T A L	M O D E R E	M I N I M A L E S I O N	A U T O N O M E							
Durant les 2 dernières semaines , quel niveau de difficulté votre enfant a-t-il rencontré pour réaliser les activités suivantes :																		
								0	1	2	3							
								Impossible	Très difficile	Difficile	Légèrement difficile	Facile	Très Facile	Aucun problème				
1. Mettre et enlever des chaussures (chaussures, chaussettes, orthèses...)?								0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

Dans l'exemple ci-dessus, l'activité « Mettre et enlever des chaussures » a été évaluée à 5, et l'enfant avait besoin d'une aide Minimale / Supervision pour mettre ses chaussures / ses chaussettes.

4. A la fin de chaque partie du questionnaire, vous pouvez ajouter dans le cadre dédié (intitulé « Autre ») un commentaire pour toute question qui n'aurait pas été abordée au sujet de la santé, du confort, et du bien-être de votre enfant.

Nom de l'enfant :

Nom de l'aidant complétant le questionnaire :

Date :

PARTIE 1 : SOINS D'HYGIENE / HABILLAGE

NIVEAU D'ASSISTANCE

Indiquez le niveau de difficulté et le niveau d'aide nécessaire à votre enfant pour réaliser chacune de ces activités au cours des 2 semaines passées. Il faut comparer avec la manière dont elles sont habituellement réalisées par votre enfant.								T O T A L	M O D E R E	M I N I M U M / M A X I M U M	S U P E R V I S I O N	A U T O N O M E
Durant les 2 dernières semaines, quel niveau de difficulté votre enfant a t'il rencontré pour réaliser les activités suivantes :	Impossible (presqu' impossible)	Très difficile	Difficile	Légèrement difficile	Facile	Très Facile	Aucun problème					
1. Manger ou être alimenté ? (comme c'est fait habituellement)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
2. Maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
3. Se laver ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
4. Aller aux toilettes ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
5. Changer de protection / de sous-vêtement ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
6. Habillage et déshabillage du haut du corps ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
7. Habillage et déshabillage du bas du corps ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
8. Mettre et enlever des chaussures (chaussures, chaussettes, orthèses...)?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
9. Se laver les cheveux ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
1A. Autre :	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
1B. Autre :	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	

PARTIE 2 : INSTALLATION, TRANSFERT ET DEPLACEMENT

NIVEAU D'ASSISTANCE

Indiquez le niveau de difficulté et le niveau d'aide nécessaire à votre enfant pour réaliser chacune de ces activités au cours des 2 semaines passées. Il faut comparer avec la manière dont elles sont habituellement réalisées par votre enfant.								T O T A L	M O D E R E /	M I N I M U M /	S U P E R V I S I O N	A U T O N O M E
Durant les 2 dernières semaines, quel niveau de difficulté votre enfant a t'il rencontré pour réaliser les activités suivantes :	Impossible (presqu'impossible)	Très difficile	Difficile	Légèrement difficile	Facile	Très Facile	Aucun problème					
10. Se mettre au lit ou en sortir ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
11. Se transférer hors ou dans une chaise/fauteuil roulant ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
12. S'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
13. Se tenir debout pour faire ses transferts ou ses exercices ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
14. Se déplacer à l'intérieur de 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. Monter ou descendre d'un véhicule (voiture, mini-bus, bus) ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
17. Se déplacer dans les lieux publics (parc, théâtre, musée, lieux touristiques, etc.) ?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
2A. Autre :	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
2B. Autre :	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	

PARTIE 3 : CONFORT ET EMOTIONS

INTENSITE

Durant les 2 dernières semaines, à quelle fréquence votre enfant a-t'il été douloureux ou a-t'il souffert d'inconfort							S	M	L	N
	Tous les jours	Très souvent	Assez souvent	Quelques fois	Une ou deux fois	Jamais	SEVERE	MODERE	LEGERE	NON
18. En mangeant ou en étant alimenté ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. Lors de l'élimination urinaire ou fécale ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. Lors de l'habillage ou du déshabillage ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. Au cours des transferts ou des changements de position ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. En position assise ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. En position allongée ou au cours de son sommeil ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. Cela a-t'il empêché votre enfant de dormir ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. Autre :	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. Autre :	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence votre enfant a-t'il										
25. Été contrarié ou en colère ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. Été malheureux ou triste ?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

PARTIE 4 : COMMUNICATION ET INTERACTIONS SOCIALES

Évaluez comment chacune des activités suivantes sont **habituellement** réalisées par votre enfant.

Indiquez le niveau de **difficulté** pour chacun de ces activités au cours des 2 semaines passées.

Durant les 2 dernières semaines , quel niveau de difficulté votre enfant a-t-il rencontré pour réaliser les activités suivantes :	Impossible (presqu'impossible)	Très difficile	Difficile	Légèrement difficile	Facile	Très Facile	Aucun problème
27. Vous comprendre ?	0	1	2	3	4	5	6
28. Se faire comprendre de vous ?	0	1	2	3	4	5	6
29. Se faire comprendre de personnes qui le connaissent peu ?	0	1	2	3	4	5	6
30. Jouer seul ?	0	1	2	3	4	5	6
31. Jouer avec d'autres personnes ?	0	1	2	3	4	5	6
32. Aller à l'école/ à la garderie ?	0	1	2	3	4	5	6
33. Participer à des activités extra-scolaires (piscine, interactions sociales avec la famille, les amis..)?	0	1	2	3	4	5	6
4A. Autre :	0	1	2	3	4	5	6
4B. Autre :	0	1	2	3	4	5	6

PARTIE 5 : SANTE

Durant les 2 dernières semaines	Veuillez entourer l'option qui convient le mieux					
34. Combien de jours votre enfant a-t'il consulté un médecin ou été hospitalisé ?	Admission >7jours 0	Admission <7jours 1	3 fois ou plus 2	Deux fois 3	Une fois 4	Zéro 5

Durant les 2 dernières semaines	Très mauvaise	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très Bonne	Excellente
35. Comment évalueriez-vous l'état de santé de votre enfant ?	0	1	2	3	4	5

36. Lister les médicaments que votre enfant a reçu au cours des 2 dernières semaines :

- 0. Pas de Médicament
- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____

PARTIE 6 : QUALITE DE VIE GLOBALE DE VOTRE ENFANT

Durant les 2 dernières semaines	Très mauvaise	Mauvaise	Moyenne	Bonne	Très Bonne	Excellente
36. Comment évalueriez-vous la qualité de vie de votre enfant ?	0	1	2	3	4	5

PARTIE 7 : VOS PRIORITES POUR LA QUALITE DE VIE DE VOTRE ENFANT

CPC CHILD

Quelle importance accordez-vous à chacun de ces items pour la qualité de vie de votre enfant ?	Pas important	Peu important	Moyennement important	Assez important	Très important	Extrêmement important
1. Manger ou être alimenté	0	1	2	3	4	5
2. Maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire	0	1	2	3	4	5
3. Se laver	0	1	2	3	4	5
4. Aller aux toilettes	0	1	2	3	4	5
5. Changer de protection / de sous-vêtements	0	1	2	3	4	5
6. Habillage et déshabillage du haut du corps ?	0	1	2	3	4	5
7. Habillage et déshabillage du bas du corps ?	0	1	2	3	4	5
8. Mettre et enlever des chaussures / chaussettes	0	1	2	3	4	5
9. Se laver les cheveux	0	1	2	3	4	5
10. Se mettre au lit ou en sortir ?	0	1	2	3	4	5
11. Se transférer hors ou dans une chaise/fauteuil roulant ?	0	1	2	3	4	5
12. S'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant ?	0	1	2	3	4	5
13. Se tenir debout pour faire ses transferts ou ses exercices ?	0	1	2	3	4	5
14. Se déplacer à l'intérieur de la maison	0	1	2	3	4	5
15. Se déplacer à l'extérieur	0	1	2	3	4	5
16. Monter ou descendre d'un véhicule (voiture, mini-bus, bus)	0	1	2	3	4	5
17. Se déplacer dans les lieux publics (parc, théâtre, musée, lieux touristiques, etc.)	0	1	2	3	4	5
18. Confort au cours des repas	0	1	2	3	4	5
19. Confort lors de la toilette	0	1	2	3	4	5
20. Confort lors de l'habillage ou du 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 en position assise	0	1	2	3	4	5
23. Confort en position allongée	0	1	2	3	4	5
24. Confort au cours de la nuit	0	1	2	3	4	5
25. Émotions ou comportement	0	1	2	3	4	5
26. Bonheur / Joie de vivre	0	1	2	3	4	5
27. Capacité à vous comprendre	0	1	2	3	4	5
28. Capacité à se faire comprendre de vous	0	1	2	3	4	5
29. Capacité à se faire comprendre de personnes qui le connaissent peu	0	1	2	3	4	5
30. Capacité à jouer seul	0	1	2	3	4	5
31. Capacité à jouer avec d'autres personnes	0	1	2	3	4	5
32. Capacité à aller à l'école/ à la garderie ?	0	1	2	3	4	5
33. Capacité à participer à des activités extra-scolaires	0	1	2	3	4	5
4A. Capacité à se sentir lié à vous	0	1	2	3	4	5
4B. Capacité à communiquer sur ce qu'il veut	0	1	2	3	4	5
34. Minimiser les consultations chez le médecin et les hospitalisations	0	1	2	3	4	5
35. Santé en général	0	1	2	3	4	5
36. Minimiser le nombre de médicament	0	1	2	3	4	5

PARTIE 8 : A PROPOS DE VOTRE ENFANT

1. Mon enfant est :

Garçon

Fille

2. Quel est sa date de naissance ?	____ / ____ / ____ Jour Mois Année
3. Quel est <u>le plus haut</u> niveau d'étude que votre enfant a validé ?	Maternelle Primaire : CP _____ CE1 _____ CE2 _____ CM1 _____ CM2 _____ Collège : 6^{ème} _____ 5 ^{ème} _____ 4 ^{ème} _____ 3 ^{ème} _____ Lycée : 2nd _____ 1 ^{ère} _____ Terminale _____ Niveau supérieur _____ Classe spécialisée _____ Si classe spécialisée, combine d'année a t'il suivi? _____

CPCE

1. Vous êtes :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
2. Quel est votre date de naissance ?	_____/_____/_____ Jour Mois Année
3. Laquelle/lesquelles de ces situations correspond(ent) à votre situation ?	Je ne travaille pas à cause de la santé de mon enfant _____ Je ne travaille pas pour d'autres raisons _____ Je recherche du travail à l'extérieur de la maison _____ Je travaille à temps plein (soit à l'extérieur de la maison, soit à la maison) _____ Je suis au foyer à temps plein _____
4. Laquelle de ces relations correspond à celle que vous avez avec votre enfant ?	Parent biologique _____ Beaux-parents _____ Famille d'accueil _____ Parent adoptif _____ Tuteur légal _____ Professionnel de santé _____ Autre (précisez s'il vous plait) _____
5. En moyenne, combien de jour par semaine êtes-vous responsable des soins de votre enfant ?	_____ jours par semaine
6. Quel est votre plus haut niveau d'étude ?	Lycée débuté or moins _____ Baccalauréat ou équivalent _____ Diplôme d'étude professionnelle ou technique _____ Diplôme universitaire 1^{er} cycle _____ Diplôme universitaire 2^{ème} cycle _____

Combien de temps avez-vous mis pour répondre à ce questionnaire ? (en minutes): _____

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !