

Ce questionnaire est offert à toutes les familles qui consultent au sein de notre établissement. Il permet de mieux connaître votre famille et de répondre à ses besoins.

- > Votre participation est volontaire ;
- > Vos réponses sont confidentielles.

Répondez aux affirmations suivantes selon ce que vous avez vécu au cours de la dernière année. Cochez la case « J'aimerais qu'on me conseille » si vous souhaitez qu'un professionnel de la santé discute davantage d'un sujet avec vous.

	Oui	Non	J'aimerais qu'on me conseille
1. Ma famille ne disposait pas d'un milieu de vie sécuritaire, abordable et propre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ma famille n'avait pas de transport pour se rendre aux rendez-vous importants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ma famille a eu de la difficulté à joindre les deux bouts à la fin du mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ma famille a été affectée/inquiétée par les situations suivantes :			
A. Séparation ou divorce d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Consommation d'alcool d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Consommation de drogues d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Problème de santé mentale d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Maladie ou décès d'un proche (famille, ami, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Autre(s) événement(s) important(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	J'aimerais qu'on me conseille
5. Ma famille a eu peur de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ma famille n'avait plus de nourriture et il n'y avait pas d'argent pour en racheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	J'aimerais qu'on me conseille
7. J'ai eu l'impression d'être physiquement épuisé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai eu l'impression de ne pas avoir assez de temps libre pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai eu l'impression de devoir courir toute la journée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aucun	1-2	3-5	5 +	J'aimerais qu'on me conseille
10. J'ai _____ proches (amis ou famille) sur qui je pouvais compter si j'avais d'importants problèmes personnels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	Un peu	Incertain	Pas mal	Beaucoup	J'aimerais qu'on me conseille
11. Les gens démontraient de l'intérêt et se préoccupaient de ce que je faisais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très difficilement	Difficilement	Possiblement	Facilement	Très facilement	J'aimerais qu'on me conseille
12. Ma famille et moi pouvions obtenir de l'aide de nos voisins si nous en avions besoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez mentionner ici tout autre événement qui a été une source de stress pour vous ou votre famille.

---



---



---



---



---



---



---