

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.

Au cours de la dernière année :	Oui	Non	J'aimerais qu'on me conseille
1a. Ma famille a vécu dans un logement non sécuritaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Ma famille a vécu dans un logement trop coûteux pour mes moyens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ma famille a eu des difficultés de transport pour se rendre à des rendez-vous médicaux.	<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"/>					
8. J'ai eu l'impression de ne pas avoir assez de temps libre pour moi.	<input type="checkbox"/>					
9. J'ai eu l'impression de devoir courir toute la journée.	<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"/>				

	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"/>					

	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"/>					

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