

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (FA-ADL)

Idéalement, ces questions devraient être vérifiées auprès de la famille, du (de la) conjoint(e) ou de l'aidant. Si le participant et le membre de la famille sont tous les deux en désaccord - utilisez le score du membre de la famille. **Des incréments de 0,5 peuvent être utilisés si l'on estime fortement qu'une tâche se situe entre 2 scores.**

Comment cela a-t-il été recueilli ? Par la famille ou le participant seulement
 Par une entrevue structurée

Réponse donnée par: Participant Famille/conjoint(e)/soignant Participant et Famille

1. Comment décririez-vous votre / le discours du patient ? Score : _____, _____

0= Normal

1= Légèrement affecté. Aucune difficulté à se faire comprendre

2= Modérément affecté. Parfois invité à répéter ses propos

3= Gravement touché. Fréquemment invité à répéter ses propos

4= Inintelligible la plupart du temps

2. Dans quelle mesure votre (ou celle du patient) capacité à avaler est-elle affectée ? Score : _____, _____

0= Normal

1= Rare fausse route (moins d'une fois par mois)

2= Fausse route fréquente (moins d'une fois par semaine, plus d'une fois par mois)

3= Nécessite des aliments modifiés sinon des fausses routes plusieurs fois par semaine. Ou le sujet évite certains types d'aliments

4= Nécessite une alimentation par sonde d'alimentation ou par gastrostomie

3. Dans quelle mesure votre (ou celle du patient) capacité à couper des aliments et à manipuler des ustensiles est-elle affectée ? Score : _____, _____

0= Normal

1= Un peu lent et maladroit, mais aucune aide nécessaire

2= Maladroit et lent, mais peut couper la plupart des aliments avec aide si nécessaire. Ou a besoin d'aide quand pressé

3= La nourriture doit être coupée par quelqu'un, mais peut toujours se nourrir lentement

4= Doit être nourri

4. Dans quelle mesure votre (ou celle du patient) capacité à vous habiller est-elle affectée ? Score : _____, _____

0= Normal

1= Un peu lent, mais aucune aide nécessaire

2= Assistance occasionnelle avec les boutons, bras de manches, etc... ou modification de l'activité d'une certaine façon (par exemple, besoin de s'asseoir pour s'habiller; utiliser du velcro pour les chaussures, ne pas porter de cravates, etc...)

3= Une aide considérable est requise, mais peut faire certaines choses seul

4= A besoin d'être habillé

5. Dans quelle mesure votre (ou celle du patient) capacité à effectuer vos propres activités d'hygiène personnelle est-elle affectée ? **Score : _____,_____**

0= Normal

1= Un peu lent, mais aucune aide nécessaire

2= Soins hygiéniques très lents ou besoin d'appareils tels que des barres d'appui spéciales, une chaise de douche, un banc de baignoire, etc. ;

3= Nécessite une aide personnelle pour se laver, se brosser les dents, se peigner les cheveux ou utiliser les toilettes

4= Entièrement dépendant (alité)

6. Combien de fois tombez-vous (ou le patient) ? **Score : _____,_____**

0= Normal

1= Chutes rares (moins d'une fois par mois)

2= Chutes occasionnelles (une fois par semaine à une fois par mois)

3= Tombe plusieurs fois par semaine ou nécessite un appareil pour prévenir les chutes

4= Incapable de se tenir ou de marcher

7. Dans quelle mesure votre (ou celle du patient) capacité à marcher est-elle affectée ? (Appareil et accessoire fonctionnel = 3) **Score : _____,_____**

0= Normal

1= Difficulté légère, sensation de déséquilibre

2= Difficulté moyenne, mais nécessite peu ou pas d'assistance

3= Perturbation grave de la marche, nécessite de l'aide ou des ou des appareils d'assistance

4= Ne peut pas marcher du tout, même avec de l'aide (limité au fauteuil roulant)

8. Dans quelle mesure votre (ou celle du patient) position d'assise est-elle affectée ? **Score : _____,_____**

0= Normal

1= Léger déséquilibre du tronc, mais ne nécessite pas de soutien dorsal

2= Impossible de s'asseoir sans soutien dorsal

3= Peut s'asseoir uniquement avec un soutien étendu (chaise gériatrique, corsage, etc.)

4= Incapable de s'asseoir

9. Dans quelle mesure votre vessie (ou celle du patient) est-elle affectée ? (si vous utilisez des médicaments pour la vessie, veuillez sélectionner 3) **Score : _____,_____**

0= Normal

1= Légère gêne urinaire, urgence ou rétention (moins d'une fois par mois)

2= Gêne modérée, urgence, rétention / incontinence rare (plus d'une fois par mois, mais moins d'une fois par semaine)

3= Incontinence urinaire fréquente (plus d'une fois par semaine)

4= Perte de la fonction de la vessie nécessitant un cathétérisme intermittent / un cathéter à domicile