

## Questionnaire de reprise Post-COVID

**NOM et Prénom du bénéficiaire :** .....

### VOS CONDITIONS DE VIE CES 3 DERNIERS MOIS

#### Où avez-vous passé la période entre le 16 Mars et le 14 Juin ?

- ☐ A mon domicile habituel
- ☐ Au domicile de mon proche aidant
- ☐ Dans un logement qui n'est pas mon logement habituel ni celui de mon proche aidant

#### Quelles étaient vos conditions de vie pendant cette période ?

- Type de logement :      ☐ Maison      ☐ Appartement
- Présence de jardin :      ☐ Oui      ☐ Non
- Nombre de pièces :      ☐ Studio      ☐ 2 pièces      ☐ 3 pièces      ☐ 4 pièces et plus
- Nombre d'habitants présents avec vous :      ☐ Seul      ☐ 1 pers.      ☐ 2 pers. ou plus
- Précisez les liens de parenté : .....

#### Si votre proche aidant est actif, a-t-il travaillé pendant cette période ?

- ☐ Oui, en se déplaçant sur son lieu de travail
- ☐ Oui, en télétravail
- ☐ Non

### VOTRE SANTÉ

#### Avez-vous été malade entre le 16 Mars et le 14 Juin ?

- ☐ Suspicion ou diagnostic de COVID : Date .....
- ☐ Décompensation de maladie chronique : Date .....  
Préciser : .....
- ☐ Chute : Date .....
- ☐ Autre : Préciser .....
- ☐ Non, je n'ai pas été malade

#### Avez-vous été hospitalisé(e) entre le 16 Mars et le 14 Juin ?

- ☐ Oui, aux urgences      ☐ Oui, en service d'hospitalisation      ☐ Non
- Si oui, Date ..... Service .....
- Durée ..... Motif .....

## Questionnaire de reprise Post-COVID

### Avez-vous eu un changement de traitement entre le 16 Mars et le 14 Juin ?

- ☐ Oui ☐ Non

Préciser : .....

*(fournir la dernière ordonnance de traitement en cours de validité)*

### Avez-vous dû reporter des soins, examens, rendez-vous médicaux entre le 16 Mars et le 14 Juin ?

- ☐ Oui ☐ Non

#### **Si oui, le(les)quel(s) ?**

- ☐ Rendez-vous médical chez un médecin, Préciser : .....
- ☐ Prise de sang ou examen en laboratoire
- ☐ Imagerie médicale (radiologie, scanner, etc.)
- ☐ Soins chez un professionnel de santé, Préciser : .....
- ☐ Hospitalisation programmée, Préciser : .....
- ☐ Autre : Préciser .....

#### **Pour quelle(s) raison(s) ?**

- ☐ Le rendez-vous a été annulé par le professionnel
- ☐ Je n'avais pas le droit de sortir à cause du confinement
- ☐ Mon proche était indisponible pour m'accompagner
- ☐ J'avais peur de sortir à cause du virus
- ☐ Autre : Préciser .....

### Sur le plan général, comment vous êtes-vous senti ces 3 derniers mois ?

- ☐ Plutôt moins bien que d'habitude
- ☐ Plutôt comme d'habitude
- ☐ Plutôt mieux que d'habitude
- ☐ Je ne sais pas

### Comment qualifieriez-vous votre humeur en ce moment ?



TRISTE



INQUIET



JE NE SAIS PAS



EN COLERE



HEUREUX

### VOTRE ACCÈS AUX SOINS

#### **En moyenne, à quel rythme voyez-vous votre médecin traitant habituellement ?**

- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par trimestre
- ☐ Moins qu'une fois par trimestre
- ☐ De façon non régulière, au besoin
- ☐ Je n'ai pas / plus de médecin traitant

#### **Avez-vous eu besoin de contacter votre médecin traitant entre le 16 Mars et le 14 Juin ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

#### ***Si oui, quel type de contact avez-vous eu avec lui ?***

- ☐ en cabinet
- ☐ à domicile
- ☐ en visioconférence
- ☐ par téléphone

#### ***Si non, avez-vous pu joindre un autre médecin généraliste ?***

- ☐ Oui
- ☐ Non

#### **Parmi ces professionnels, lesquels intervenaient ou devaient intervenir auprès de vous avant le confinement ?**

- ☐ Infirmière libérale à domicile
- ☐ Soins infirmiers à domicile (aide-soignante)
- ☐ Aide à domicile / Auxiliaire de vie
- ☐ Aide-ménagère à domicile
- ☐ Kinésithérapeute, Préciser : ☐ à domicile ☐ en cabinet de ville
- ☐ Orthophoniste, Préciser : ☐ à domicile ☐ en cabinet de ville
- ☐ ESA (Equipe spécialisée Alzheimer)
- ☐ Autre : Préciser .....

#### **Certaines de ces interventions ont-elles été interrompues entre le 16 Mars et le 14 Juin ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

#### **Si oui, précisez lesquelles :**

- ☐ Infirmière libérale à domicile
- ☐ Soins infirmiers à domicile (aide-soignante)

## Questionnaire de reprise Post-COVID

- ☐ Aide à domicile / Auxiliaire de vie
- ☐ Aide-ménagère à domicile
- ☐ Kinésithérapeute, Préciser : ☐ à domicile ☐ en cabinet de ville
- ☐ Orthophoniste, Préciser : ☐ à domicile ☐ en cabinet de ville
- ☐ ESA (Equipe spécialisée Alzheimer)
- ☐ Autre : Préciser .....

### QUESTIONS A DESTINATION DES AIDANTS

#### En lien avec votre proche malade, avez-vous constaté des effets POSITIFS durant cette période (entre le 16 Mars et le 14 Juin) ?

- ☐ Amélioration des relations entre vous et votre proche aidé
- ☐ Renforcement des liens familiaux, relais auprès de l'aidé par d'autres membres de la famille
- ☐ Baisse des troubles de l'humeur de mon proche aidé
- ☐ Plus de temps et de disponibilité de ma part pour mon proche aidé
- ☐ Autre : Préciser .....

#### A l'inverse, avez-vous rencontré des difficultés avec votre proche pendant cette période ?

- ☐ Difficulté pour moi à stimuler mon proche aidé
- ☐ Augmentation/apparition de troubles de l'humeur (tristesse, colère, etc.)
- ☐ Augmentation/apparition de troubles du comportement (propos inadaptés, délires, etc.)
- ☐ Difficultés à gérer les soins d'hygiène de mon proche
- ☐ Difficultés à gérer les besoins quotidiens de mon proche (courses, ménage, etc.)
- ☐ Difficultés à trouver des relais, à avoir des moments de répit pour moi
- ☐ Autre, Préciser : .....

#### Quels sont à ce jour les besoins que vous avez identifié pour votre proche aidé ?

- ☐ Stimulation cognitive
- ☐ Stimulation motrice
- ☐ Mise en place ou renfort des aides à domicile pour les actes de la vie quotidienne

