



QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE Suivi communautaire

ENTREVUE/PAR COURRIER

CQ-CFU

Page 1 de 24

Ce questionnaire vous demande votre opinion sur la manière dont votre lésion médullaire affecte votre vie sur une base quotidienne.

Ce questionnaire a été préparé pour un groupe de nombreuses personnes – qui ont toutes une lésion médullaire. Certaines questions pourraient ne pas s'appliquer à votre situation personnelle, mais étant donné que ce type de lésion affecte chaque personne différemment, toutes les questions ont été incluses dans le questionnaire. Si vous rencontrez une question qui ne s'applique pas à vous, veuillez quand même y répondre au meilleur de vos connaissances.

Données sociodémographiques Plus

1. Quel est votre état civil actuel? (Choisir UNE seule réponse)

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e)
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Séparé(e)
- ☐ Veuf/Veuve
- ☐ Conjoint de fait
- ☐ Ne sais pas

2. Quel est votre poids actuel?

Arrondissez au
nombre
entier le plus
proche.

☐ livres ☐ kg

3. a) Avez-vous présentement un emploi rémunéré? (Si vous avez présentement un emploi mais que vous êtes en invalidité de longue durée, veuillez répondre 'Oui')

- ☐ Oui
- ☐ Non (allez à la question 4b sur la page 2)

Emploi rémunéré

b) Si oui, laquelle des situations suivantes décrit le mieux votre travail rémunéré? (Choisir UNE seule réponse)

- ☐ Je travaille → **à plein temps ou à temps partiel?**
 - ☐ Plein temps (incluant les personnes qui travaillent 30 heures ou plus par semaine à leur emploi principal/unique emploi)
 - ☐ Temps partiel (incluant les personnes qui travaillent normalement moins de 30 heures par semaine, à leur emploi principal/unique emploi)
- ☐ Formation en poste (rémunérée)

- ☐ Atelier supervisé (ex. : travail rémunéré dans un environnement modifié pouvant inclure une supervision accrue, de l'assistance physique, des tâches modifiées, etc.)
- ☐ Invalidité de longue durée

4. a) Quel est votre emploi rémunéré?

- ☐ Exécutif, administratif, et de gestion (incluant le travail autonome; ex. : gérants, chefs de département, officiers gouvernementaux, comptables, gestionnaires de portefeuille/finances, spécialistes en ressources humaines, etc.)
- ☐ Professionnel - spécialiste (ex. : médecin, avocat, ingénieur, infirmière diplômée, architecte, analyste de systèmes informatiques, athlète professionnel, artiste, professeur, etc.)
- ☐ Techniciens et autre personnel de soutien (ex. : pilote, technicien de laboratoire, hygiéniste dentaire, infirmière, etc.)
- ☐ Ventes
- ☐ Soutien administratif, incluant les commis de bureau
- ☐ Résidence privée (ex. : nounou/gardiennne d'enfants, aidant, personne de ménage, jardinier, gardien, etc.)
- ☐ Services de protection (ex. : policier, pompier, gardien de sécurité, etc.)
- ☐ Autres services, sauf de protection et résidence privée (ex. : barman, concierge, serveur, préposé aux bénéficiaires, cuisinier, coiffeur, etc.)
- ☐ Exploitation agricole, foresterie et pêche
- ☐ Précision, production, fabrication et réparation (ex. : électricien, mécanicien, plombier, peintre, machiniste, pâtissier, etc.)
- ☐ Opérateurs de machinerie, assembleurs, et inspecteurs (ex. : soudeur, imprimeur, opérateur de machinerie en usine, etc.)
- ☐ Transport et déménagement de matériel (ex. : chauffeur de camion, conducteur de train, opérateur de machinerie d'excavation, opérateur de grue, etc.)
- ☐ Manutentionnaire, nettoyeur d'équipement, aides et ouvriers (ex. : travailleur en construction, éboueur, étalagiste, travailleur d'usine, etc.)
- ☐ Tâches militaires
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Ne sais pas

Emploi non-rémunéré

b) Si NON, choisissez l'énoncé parmi les suivants qui décrit le mieux votre travail non rémunéré. (Choisir UNE seule réponse. Cela n'inclut pas vos rendez-vous médicaux ou pour vos traitements)

- ☐ Au foyer
- ☐ Formation au travail (non-rémunéré)
- ☐ Retraité
- ☐ Étudiant
- ☐ Sans emploi
- ☐ Autre (précisez): _____ (ex: travail bénévole, etc.)
- ☐ Ne sais pas

Données sociodémographiques Plus - suite**5. a) Présentement, quel est le revenu approximatif total annuel de votre ménage?**

Veillez inclure tout revenu annuel du ménage AVANT impôts, incluant les subventions, bourses ou autres sources de revenu.

- ☐ Moins de 10 000
- ☐ 10 000 – 19 999
- ☐ 20 000 – 29 999
- ☐ 30 000 – 39 999
- ☐ 40 000 – 49 999
- ☐ 50 000 – 59 999
- ☐ 60 000 – 69 999
- ☐ 70 000 – 79 999
- ☐ 80 000 – 89 999
- ☐ 90 000 – 99 999
- ☐ 100 000 +
- ☐ Ne sais pas

b) Combien y-a-t-il de personnes à votre domicile? _____

6. Quelle compensation recevez-vous suite à votre lésion médullaire, le cas échéant? (Cochez TOUTES les réponses pertinentes)

- ☐ Assurance-salaire (ex. : Commission de la santé et de la sécurité au travail ou semblable)
- ☐ Autre assurance invalidité (ex. : prestations fédérales d'invalidité RPC, Association provinciale des personnes handicapées, prestations privées d'invalidité de courte ou longue durée)
- ☐ Assurance automobile (gouvernementale SAAQ ou privée)
- ☐ Autre assurance (i.e. assurance-emploi, assurance privée incluant les plans d'assurance-invalidité, assurance-vie, décès accidentel et perte d'un membre, prestations de vétérans ou Association canadienne des anciens combattants)
- ☐ Autre compensation (spécifiez) : _____
- ☐ Ne sais pas quel type de compensation
- ☐ Aucune

Données sociodémographiques Plus - suite**7. a) Dans quel type d'environnement vivez-vous présentement? :**

- ☐ Résidence privée (incluant maison, condominium, maison mobile, appartement, bateau habitable)
- ☐ Centre d'hébergement avec services (résidence semi-autonome, option à mi-chemin entre les soins à domicile et l'hospice)
- ☐ Hôtel/motel (incluant des séjours à court ou long terme, occupation simple, etc.)
- ☐ Sans abri (incluant grotte, voiture, tente, rue, etc.)
- ☐ Autre (spécifiez): _____
- ☐ Foyer de groupe (incluant les maisons de transition ou toute résidence partagée par des personnes qui ne sont pas des membres de la famille)
- ☐ Hospice/Centre de soins de longue durée en milieu hospitalier (incluant les centres spécialisés en soins infirmiers et institutions offrant des soins de longue durée, de garde, soins pour malades chroniques, etc.)
- ☐ Institut correctionnel (incluant prison, pénitencier, centre correctionnel, etc.)

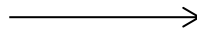
b) Avec qui vivez-vous : (choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

- ☐ Partenaire/conjoint
- ☐ Membre de la famille
- ☐ Personne sans lien de parenté, bénévole (ex. : colocataire)
- ☐ Aidant rémunéré
- ☐ Seul
- ☐ Autre (spécifiez) : _____
- ☐ Ne sais pas

c) Recevez-vous présentement des soins de santé?

(ex. : soins à domicile/soutien)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

Allez à la question 8**8. a) Quel est votre niveau de tabagisme/vapotage (nicotine)? :** (Choisissez TOUTES les réponses pertinentes; Note – ceci n'inclut pas l'usage de marijuana)

- ☐ Fumeur
- ☐ Ancien fumeur
- ☐ N'a jamais fumé (allez à la Question 9)
- ☐ Vapoteur
- ☐ Ancien vapoteur
- ☐ N'a jamais vapoté (allez à la Question 9)
- ☐ Ne sais pas (allez à la Question 9)

b) Si vous avez déjà fumé/vapoté ou êtes actuellement un fumeur/vapoteur, pendant combien d'années au total avez-vous fumé/vapoté? (Faites un estimé si vous ne savez pas)

_____ Nombre d'années à fumer

- ☐ Ne sais pas

_____ Nombre d'années à vapoter

☐ Ne sais pas

c) Si vous avez déjà fumé ou si vous êtes actuellement fumeur, en moyenne, combien de (cigarettes/cigares/pipes) fumez/fumez-vous quotidiennement?

(Note : un paquet de cigarettes compte normalement 20 cigarettes. Si moins qu'une par jour, veuillez entrer répondre 0).

_____ Cigarettes

_____ Cigares

_____ Pipe

☐ Ne sais pas

9. a) À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool?

- ☐ Jamais (passez à la question 10)
- ☐ Une fois par mois ou moins
- ☐ 2-4 fois/mois
- ☐ 2-3 fois/semaine
- ☐ 4 fois ou plus/semaine
- ☐ Ne sais pas

b) Combien de boissons alcoolisées consommez-vous au cours d'une journée typique lorsque vous buvez?

- ☐ 1 ou 2
- ☐ 3 ou 4
- ☐ 5 ou 6
- ☐ 7, 8, ou 9
- ☐ 10 ou plus
- ☐ Ne sais pas

c) À quelle fréquence consommez-vous six (6) verres d'alcool ou plus en une seule occasion?

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Chaque mois
- ☐ Chaque semaine
- ☐ Quotidiennement ou presque à tous les jours
- ☐ Ne sais pas

10. Depuis votre lésion, avez-vous fait usage de cannabis/marijuana pour des raisons MÉDICALES?

(Ceci inclut tout usage médical même si non prescrit par un médecin) (s'il s'agit de votre premier questionnaire de suivi Communautaire, veuillez tenir compte du moment à partir de l'obtention de votre congé après votre séjour initial en centre hospitalier [soins aigus et/ou réadaptation])

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

11. a) Au cours de la dernière année, avez-vous fait usage de médicaments de prescription ou de drogues de rue pour des raisons NON-MÉDICALES? (S'il s'agit de votre premier questionnaire communautaire de suivi, veuillez considérer que le temps écoulé depuis l'obtention de votre congé du centre hospitalier [soins aigus et/ou réadaptation])

- ☐ Oui
- ☐ Non (allez au Questionnaire sur la douleur)
- ☐ Ne sais pas (allez au Questionnaire sur la douleur)

b) Si Oui, veuillez cocher toutes les réponses pertinentes :

- ☐ Cocaïne
- ☐ Cannabis/marijuana
- ☐ Hallucinogènes
- ☐ Héroïne
- ☐ Opiacés
- ☐ Speed/stimulants
- ☐ Médicaments prescrits pour vous
- ☐ Médicaments prescrits pour quelqu'un d'autre
- ☐ Autres substances inconnues

Questionnaire sur la douleur

Ces questions portent sur votre opinion au sujet de toute douleur que vous ressentez et comment elle peut interférer avec vos activités quotidiennes. On vous demandera également d'expliquer ce que vous faites pour contrôler votre douleur.

1. a) Prenez-vous présentement quelque chose ou recevez-vous des traitements pour un problème de douleur?

- ☐ Oui (e.g., médicaments, drogues récréatives, physiothérapies, etc.)
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

b) Si Oui, quels traitements utilisez-vous pour gérer votre douleur? (Choisissez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Complémentaires (ex.: biofeedback, acupuncture, hypnose)
- ☐ Neuromodulation médicale et de procédure (ex. : blocs nerveux, injections, implantation de stimulateurs, pompe intrathécale, TENS)
- ☐ Médicaments sans prescription (ex. : analgésiques en vente libre comme Tylenol®)
- ☐ Non-traditionnels (ex. : naturopathie, homéopathie, plantes médicinales)

- ☐ Psychothérapies (ex. : psychothérapie, thérapie cognitive de comportement, relaxation, gestion du stress, psychoéducation, groupes de soutien)
- ☐ Traitements de physiothérapie (ex. : physiothérapie, massage, chiropractie)
- ☐ Drogues récréatives (ex. : marijuana)
- ☐ Médicaments par prescription (ex. : morphine, codéine)
- ☐ Autres (spécifiez): _____
- ☐ Ne sais pas

2. De façon générale, à quel point êtes-vous satisfait de la gestion de votre douleur?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

Pas du tout satisfait Totalemment satisfait

3. a) Avez-vous ressenti de la douleur au cours des 7 derniers jours, incluant aujourd'hui?

- ☐ Oui
- ☐ Non (passez au SCIM)

b) Si OUI, au cours de la DERNIÈRE SEMAINE :

i. En général, à quel point est-ce que la douleur a interféré avec vos activités quotidiennes au cours de la dernière semaine?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

Pas d'interférence Extrême interférence

ii. En général, à quel point est-ce que la douleur a interféré avec votre humeur générale au cours de la dernière semaine?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

Pas d'interférence Extrême interférence

iii. En général, à quel point est-ce que la douleur interfère avec votre capacité d'avoir une bonne nuit de sommeil?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

Pas d'interférence Extrême interférence

4. (S'il s'agit de votre premier questionnaire communautaire de suivi, veuillez considérer que le temps écoulé depuis l'obtention de votre congé du centre hospitalier [soins aigus et/ou réadaptation])

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti de la douleur

neuropathique? (Une douleur souvent continue et intense, cause par des dommages au nerfs, qui se manifeste de manière spontanée ou au toucher léger et se caractérise par une sensation de brûlure, douleur lancinante, picotement, etc.)

- ☐ Oui
- ☐ Non (passez au SCIM)
- ☐ Ne sais pas (passez au SCIM)

Localisation de votre douleur neuropathique : (choisissez TOUTES les réponses pertinentes à votre douleur neuropathique)

- ☐ Tête
- ☐ Cou et/ou épaules
- ☐ Bras et/ou mains
- ☐ Torse (thorax, abdomen, bassin, et/ou organes génitaux)
- ☐ Dos (haut et/ou bas du dos)
- ☐ Hanches, Fesses, et/ou Anus
- ☐ Haut des jambes/cuisses
- ☐ Bas des jambes ou pieds

Intensité Moyenne de votre douleur neuropathique au cours de la dernière semaine:

- ☐ 0 Aucune douleur
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Pire douleur imaginable
- ☐ Ne sais pas

b) Vous avez mentionné avoir vécu ceci au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une forme de traitement pour ce problème?

- ☐ Oui
- ☐ Non

c) Lorsque vous avez vécu ceci, est-ce que vos activités étaient limitées?

- ☐ Oui
- ☐ Non

SCIM – Spinal Cord Independence Measure (Version III, Self-report 2013)

Cette section traite de votre capacité de fonctionner lors de vos activités quotidiennes.

Pour chacun des items, veuillez cocher la case qui correspond à la déclaration qui reflète mieux **votre situation actuelle**. Veuillez lire le texte attentivement et ne choisir qu'une seule réponse pour chacune des sections.

1. Alimentation

- ☐ J'ai besoin de nutrition parentérale ou gastrostomie
- ☐ J'ai besoin d'assistance totale pour manger/boire
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle pour manger/boire ou pour installer ou retirer les appareils adaptés
- ☐ Je suis indépendant pour manger/boire mais j'ai besoin d'aide technique ou d'assistance pour couper ma nourriture, verser du liquide ou ouvrir des contenants
- ☐ Je suis indépendant pour manger/boire sans assistance ou appareils adaptés

2. (a) Toilette de la partie supérieure du corps/tête

*La toilette de la **partie supérieure du corps/tête** inclut utiliser le savon, se sécher le corps et manipuler les robinets.*

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle
- ☐ Je suis indépendant mais j'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé (ex. : barres, chaises)
- ☐ Je suis indépendant et je n'ai pas besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé

(b) Toilette partie inférieure du corps

*La toilette de la **partie inférieure du corps** inclut utiliser le savon, se sécher le corps et manipuler les robinets.*

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle
- ☐ Je suis indépendant mais j'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé (ex. : barres, chaises)
- ☐ Je suis indépendant et je n'ai pas besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé

3. (a) Habillage partie supérieure du corps

*L'habillage de la **partie supérieure du corps** inclut de mettre et retirer des vêtements comme des t-shirts, chemises, soutien-gorge, châles ou orthèses (ex. : attelle de bras, collier cervical, corset).*

Facile de m'habiller avec des vêtements sans boutons, fermetures éclair ou lacets.

Difficile de m'habiller avec des vêtements qui ont des boutons, fermetures éclair ou lacets.

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, même avec les vêtements faciles
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance avec les vêtements faciles, mais j'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé
- ☐ Je suis indépendant avec les vêtements faciles et je n'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé ou d'installation spéciale qu'avec les vêtements difficiles
- ☐ Je suis complètement indépendant

(b) Habillage partie inférieure du corps

*L'habillage de la **partie inférieure du corps** inclut de mettre et retirer des vêtements comme des shorts, pantalons, souliers, bas, ceintures ou orthèses (ex. : attelle de jambe).*

Facile de m'habiller avec des vêtements sans boutons, fermetures éclair ou lacets.

Difficile de m'habiller avec des vêtements qui ont des boutons, fermetures éclair ou lacets.

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale.
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, même avec les vêtements faciles
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance avec les vêtements faciles, mais j'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé
- ☐ Je suis indépendant avec les vêtements faciles et je n'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé ou d'installation spéciale qu'avec les vêtements difficiles
- ☐ Je suis complètement indépendant

4. Soins d'apparence

Pensez aux activités comme se laver les mains et le visage, brosser ses dents, se peigner les cheveux, se raser ou se maquiller

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle
- ☐ Je suis indépendant mais j'ai besoin d'aide technique
- ☐ Je suis indépendant et je n'ai pas besoin d'aide technique

5. Respiration

Veuillez choisir une seule réponse, selon si vous avez besoin ou non d'une intubation respiratoire (trachéale).

J'ai besoin d'une sonde trachéale ...

- ☐ et de ventilation assistée permanente ou intermittente
- ☐ et d'oxygène ainsi que de l'assistance pour tousser ou pour les soins trachéaux
- ☐ et d'un peu d'assistance pour tousser ou pour les soins trachéaux

Je n'ai pas besoin de sonde trachéale ...

- ☐ mais j'ai besoin d'oxygène additionnel et de beaucoup d'assistance pour tousser ou d'un masque (ex. : pression expiratoire positive (PEP)) ou de ventilation assistée occasionnellement (ex. : ventilation spontanée en pression positive bidirectionnelle (VSPPBi)).
- ☐ et seulement d'un peu d'assistance ou de stimulation pour tousser.
- ☐ et je peux respirer et tousser de manière indépendante sans assistance ou aide technique.

6. Contrôle de la vessie

Pensez à comment vous évacuez votre vessie.

(a) Sonde urinaire à demeure

- ☐ Oui → Veuillez passer à la question 7a
- ☐ Non → Veuillez répondre aux questions 6b et 6c

(b) Sondage intermittent

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ Je le fais moi-même avec assistance (auto-sondage)
- ☐ Je le fais moi-même sans assistance (auto-sondage)
- ☐ Je ne l'utilise pas

(c) Utilisation d'instruments de drainage externes (ex. : condom cathéter, couches, serviettes sanitaires)

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale pour les utiliser
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle pour les utiliser
- ☐ Je les utilise sans assistance
- ☐ Je suis continent pour l'urine et je n'utilise aucun instrument de drainage externe

7. Contrôle sphinctérien

(a) Avez-vous besoin d'assistance pour la gestion de vos intestins (ex. : pour insérer des suppositoires)?

- ☐ Oui
- ☐ Non

(b) Mes évacuations de selles sont...

- ☐ irrégulières et rares (moins d'une fois aux trois jours)
- ☐ régulières (une fois tous les trois jours ou plus)

(c) L'incontinence fécale ('accidents') survient ...

- ☐ deux fois par mois ou plus
- ☐ une fois par mois
- ☐ jamais

8. Utilisation des toilettes

Veillez penser à l'utilisation des toilettes, à l'hygiène périnéale et de vos mains, à l'habillage et au déshabillage et à l'utilisation de serviettes sanitaires ou de couches.

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle et je ne peux me nettoyer
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle mais je peux me nettoyer
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance mais j'ai besoin d'aide technique (ex. : barres) ou d'une installation spéciale (ex. : fauteuil roulant, toilette adaptée)
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance, d'aide technique ou de toilette adaptée

9. Combien, parmi les quatre activités suivantes pouvez-vous faire sans assistance ou aides électriques?

- tourner le haut du corps dans le lit
- tourner le bas du corps dans le lit
- vous asseoir dans le lit
- faire des push-up en fauteuil (avec ou sans aide technique)

- ☐ Aucune, j'ai besoin d'assistance pour toutes ces activités
- ☐ Une
- ☐ Deux ou trois
- ☐ Toutes

10. Transferts lit - fauteuil roulant

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, de supervision ou d'aide technique (ex. : planche de transfert)
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance ou d'aide technique
- ☐ Je n'utilise pas de fauteuil roulant

11. Transferts fauteuil roulant - toilette

Les transferts incluent aussi fauteuil roulant ou lit vers toilette

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, de supervision ou d'aide technique (ex. : barres d'appui)
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance ou d'aide technique

- ☐ Je n'utilise pas de fauteuil roulant

12. Déplacements à l'intérieur

Veillez choisir une seule réponse, selon si vous utilisez habituellement un fauteuil roulant ou que vous marchez pour vous déplacer à l'intérieur

J'utilise un fauteuil roulant. Pour circuler...

- ☐ j'ai besoin d'assistance totale
- ☐ j'ai besoin d'un fauteuil roulant électrique ou d'assistance partielle pour opérer un fauteuil roulant manuel
- ☐ je suis indépendant dans un fauteuil roulant manuel

Je marche à l'intérieur et ...

- ☐ j'ai besoin de supervision lorsque je marche (avec ou sans appareil).
- ☐ je marche avec un déambulateur ou des béquilles, en balançant les deux pieds vers l'avant simultanément.
- ☐ je marche avec des béquilles ou des cannes anglaises, en posant un pied avant l'autre
- ☐ je marche avec une canne simple
- ☐ je marche avec une/des orthèse(s) seulement (ex. : attelle de jambe)
- ☐ Je marche sans appareil

13. Déplacements sur distances moyennes (10 à 100 mètres)

Veillez choisir une seule réponse, selon si vous utilisez habituellement un fauteuil roulant ou que vous marchez pour vous déplacer sur des distances moyennes (de 10 à 100 mètres).

J'utilise un fauteuil roulant. Pour me déplacer, ...

- ☐ j'ai besoin d'assistance totale.
- ☐ j'ai besoin d'un fauteuil roulant électrique ou d'assistance partielle pour opérer un fauteuil roulant manuel.
- je suis indépendant dans un fauteuil roulant manuel.

Je marche sur des distances moyennes, et ...

- ☐ j'ai besoin de supervision en marchant (avec ou sans appareil)
- ☐ je marche avec un déambulateur ou des béquilles, en balançant les deux pieds vers l'avant simultanément
- ☐ je marche avec des béquilles ou des cannes anglaises, en posant un pied avant l'autre
- ☐ je marche avec une canne simple
- ☐ je marche avec une/des orthèse(s) seulement (ex. : attelle de jambe)
- ☐ je marche sans appareil

14. Déplacements à l'extérieur (> 100 mètres)

Veillez choisir une seule réponse, selon si vous utilisez habituellement un fauteuil roulant ou que vous marchez pour vous déplacer à l'extérieur sur plus de 100 mètres.

J'utilise un fauteuil roulant. Pour circuler, ...

- ☐ j'ai besoin d'assistance totale
- ☐ j'ai besoin d'un fauteuil roulant électrique ou d'assistance partielle pour opérer un fauteuil roulant manuel

je suis indépendant dans un fauteuil roulant manuel

Je marche plus de 100 mètres et...

- ☐ j'ai besoin de supervision en marchant (avec ou sans appareil)
- ☐ je marche avec un déambulateur ou des béquilles, en balançant les deux pieds vers l'avant simultanément
- ☐ je marche avec des béquilles ou des cannes anglaises, en posant un pied devant l'autre
- ☐ je marche avec une canne simple
- ☐ je marche avec une/des orthèse(s) seulement (ex. : attelle de jambe)
- ☐ je marche sans appareil

15. Monter et descendre les escaliers

Veillez choisir une seule réponse, selon si vous êtes capable ou non de monter et descendre les escaliers.

Je suis incapable de monter et descendre les escaliers.

Je peux monter et descendre au moins trois marches ...

- ☐ mais seulement avec assistance ou supervision
- ☐ mais seulement à l'aide d'appareils (ex. : barre d'appui, béquille ou canne)
- ☐ sans assistance, supervision ou appareil

16. Transferts fauteuil roulant - voiture

Les transferts incluent les actions de mettre le fauteuil roulant dans la voiture et de le sortir.

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, de supervision ou d'aide technique
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance ou d'aide technique
- ☐ Je n'utilise pas de fauteuil roulant

17. Transferts sol - fauteuil roulant

- ☐ J'ai besoin d'assistance
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance

Questionnaire sur les complications secondaires et l'état de santé

S'il s'agit de votre premier questionnaire communautaire de suivi, veuillez tenir compte du temps écoulé depuis l'obtention de votre congé après votre premier séjour en centre hospitalier (soins aigus et/ou réadaptation). Vous pouvez répondre « oui » aux questions ci-dessous, même si vous avez eu les conditions pour une longue période.

Complications secondaires & état de santé	a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi :? (Si non, ou si vous ne savez pas, passez à la prochaine question)	b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?	c) est-ce que cela a limité vos activités?
1. Dysrèflexie autonome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Étourdissements/vertiges	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Infections respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Plaies de pression - Nouvelles	<p>Au cours des 12 derniers mois (ou s'il s'agit de votre premier CFU, depuis votre obtention de congé du centre hospitalier), combien avez-vous eu de plaies de pression?</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>Parmi ces NOUVELLES plaies de pression, combien sont dans un NOUVEL endroit? (i.e., un endroit où vous n'avez pas déjà eu de plaie de pression)</p> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus	<p>Si oui, est-ce que les plaies ont été traitées chirurgicalement?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ENTREVUE/PAR COURRIER

CQ-CFU

Page 16 de 24

Complications secondaires & état de santé	a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi :? (Si non, ou si vous ne savez pas, passez à la prochaine question)	b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?	c est-ce que cela a limité vos activités?
5. Plaies de pression - chroniques	Autre que les NOUVELLES plaies de pression décrites ci-haut, combien de plaies de pression CONTINUES/NON-GUÉRIES avez-vous que vous aviez avant? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, est-ce que les plaies ont été traitées chirurgicalement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Infection urinaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Fatigue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. Dépression/Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. Problèmes d'épaules	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Spasticité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Quel énoncé décrit le mieux vos spasmes musculaires? <input type="checkbox"/> Provoqués par stimulation <input type="checkbox"/> Spontanés et occasionnelles < 1 par heure <input type="checkbox"/> Spontanés < 10 par heure <input type="checkbox"/> Spontanés > 10 par heure <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Complications secondaires & état de santé	a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi : (Si non, ou si vous ne savez pas,	b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?	c) est-ce que cela a limité vos activités?

ENTREVUE/PAR COURRIER

CQ-CFU
Page 17 de 24

	passez à la prochaine question)		
12. Contractures articulaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13. Fractures osseuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14. Ostéoarthrite/arthritis dégénérative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15. Dysfonction sexuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16. Maladies cérébrovasculaires, AVC, ischémies cérébrales transitoires (i.e. ICT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17. Maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
18. Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel type de traitement? (Choisissez TOUTES les réponses pertinentes) <input type="checkbox"/> Changement d'alimentation <input type="checkbox"/> Médication par voie orale <input type="checkbox"/> Injections d'insuline <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez): <hr/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- 1. Dysrèflexie autonome** (parfois appelée hyperréflexie – les symptômes de la dysrèflexie incluent des hausses soudaines de pression artérielle, de la transpiration, de la chair de poule, la dilatation des pupilles et des maux de tête. Elle peut survenir comme réaction du corps à la douleur, quand un individu n'a plus de sensation, ou de problèmes dans les systèmes de régulation de la température corporelle.)
- 2. Étourdissements/vertiges** (parfois appelés hypotension posturale – Forte sensation de vertige après un changement de position. Cet état est causé par une chute soudaine de pression artérielle.)
- 3. Infections respiratoires** (aussi appelées pneumonie – maladie pulmonaire de courte durée causée par une infection et incluant de l'inflammation et de la congestion suivies d'un dégagement. Incluant aussi une augmentation des sécrétions, de la fièvre, des frissons, de la toux et de la difficulté à respirer.)
- 4. Plaies de pression - Nouvelles** (aussi appelées ulcères cutanés, plaies de lit, et escarres de décubitus – une blessure cutanée souvent causée par la pression constante contre la peau, causant un apport sanguin réduit à la région concernée et entraînant la nécrose des tissus. Ces plaies peuvent débuter comme une zone d'irritation cutanée et progresser vers des plaies infectées.)
- 5. Plaies de pression - Chroniques** (aussi appelées ulcères cutanés, plaies de lit, et escarres de décubitus – une blessure cutanée souvent causée par la pression constante contre la peau, causant un apport sanguin réduit

à la région concernée et entraînant la nécrose des tissus. Ces plaies peuvent débuter comme une zone d'irritation cutanée et progresser vers des plaies infectées.)

6. Infections urinaires (incluant les infections comme les cystites et les infections à pseudomonas. Les symptômes incluent de la douleur en urinant, une sensation de brûlure à travers le corps, du sang dans les urines et de l'urine trouble.)

7. Incontinence urinaire (fuites urinaires, contournement de cathéter.)

8. Fatigue (sensation constante de fatigue, manque d'énergie, apathie.)

9. Dépression/Troubles de l'humeur (un état de tristesse intense qui dure pendant plus de deux semaines et progresse au point d'affecter votre quotidien – vous sentir « découragé », être fatigué, vous sentir irritable sans raison apparente.)

10. Problèmes d'épaules (ceci inclut la douleur aux articulations des épaules et/ou aux muscles. Les personnes qui surutilisent certains groupes musculaires particuliers, comme les muscles des épaules, ou qui mettent trop de pression sur leurs articulations sont à risque de développer de la douleur.)

11. Spasticité (mouvements musculaires spontanés et incontrôlés, comme des tics ou des spasmes. Souvent, la spasticité est augmentée par une infection ou une forme de restriction, tel qu'un soulier trop serré ou une ceinture.)

12. Contracture articulaire (limitation de l'amplitude des mouvements causée par une atrophie des tissus mous entourant une jointure, comme le coude ou la hanche. Ceci survient lorsqu'une jointure ne bouge pas fréquemment dans toute son amplitude. Ce problème comporte souvent de la douleur.)

13. Fractures osseuses (os brisés.)

14. Ostéoarthrite/arthritis dégénérative (« usure » sur les articulations causant de la douleur, de l'enflure, et une restriction des mouvements/fonctions des articulations.)

15. Dysfonction sexuelle (incluant l'insatisfaction des fonctions sexuelles. Cette insatisfaction peut être causée par les sensations réduites, les changements à l'image corporelle, la difficulté à bouger, et des problèmes avec vos intestins ou votre vessie, telles que des infections.)

16. Maladies cérébrovasculaires, accident cérébrovasculaire, accident ischémique cérébral (i.e. AIC) (perte permanente ou temporaire ou diminution des fonctions cérébrales due à une interruption de l'afflux sanguin au cerveau)

17. Maladies cardiovasculaires (terme global désignant une variété de maladies affectant le cœur et incluant : crise cardiaque, angine [i.e. douleur à la poitrine], insuffisance cardiaque, maladie coronarienne.)

18. Diabète (le diabète est un problème résultant d'irrégularités dans le taux de glucose sanguin. Les symptômes incluent une envie fréquente d'uriner et une soif excessive. Cette condition est diagnostiquée par un médecin.)

Mesure de l'utilisation des soins de santé

Les questions suivantes traitent de vos contacts avec le système de soins de santé. (S'il s'agit de votre premier questionnaire communautaire de suivi, veuillez tenir compte du temps écoulé depuis l'obtention de votre congé après votre premier séjour en centre hospitalier [soins aigus et/ou réadaptation]. Vous pouvez répondre « oui » aux questions ci-dessous, même si vous avez eu les conditions pour une longue période.)

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné plus de 24 heures (dormi) à l'hôpital?

☐ Oui

☐ Non (allez à la Question 3)

2. Pendant combien de nuits au cours des 12 derniers mois? (Si vous ne connaissez pas le nombre exact, veuillez estimer)

3. Nombre des visites à l'urgence au cours des 12 derniers mois : (si vous ne connaissez pas le nombre exact, veuillez estimer)

4. Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu un moment où vous sentiez que vous aviez besoin de soins de santé mais que vous ne les avez pas obtenus?

- ☐ Oui
- ☐ Non (allez à SF-12 à la page 20)

5. À quelle fréquence est-ce arrivé au cours des 12 derniers mois? (Si le nombre exact est inconnu, veuillez estimer)

6. En référence à la dernière fois, pourquoi n'avez-vous pas bénéficié de soins?

(Choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

- ☐ Non-disponibles dans ma région
- ☐ Non-disponibles au moment du besoin (médecin en vacances, les heures ne convenaient pas)
- ☐ Trop longue période d'attente
- ☐ Je pensais que le service serait inadéquat
- ☐ Coût
- ☐ Trop occupé(e)
- ☐ Je n'ai pas eu/pris le temps
- ☐ Je ne savais pas où aller
- ☐ Problèmes de transport
- ☐ Barrière de langage
- ☐ Responsabilités personnelles ou familiales
- ☐ Je n'aime pas/Je crains le docteur
- ☐ J'ai décidé de ne pas aller chercher de soins
- ☐ Établissements de soins inaccessibles/soins inadéquats en raison de barrières environnementales dans l'établissement
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

7. Toujours en référence à la dernière fois, de quel type de soins aviez-vous besoin? (Choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

- ☐ Examen régulier
- ☐ Soins de blessure (ex. : brûlures, fractures, coupures, commotions)
- ☐ Problème physique (ex. : haute pression, pneumonie)
- ☐ Troubles d'humeur/Problème de santé mentale

Autre (spécifiez) : _____

Questionnaire de santé SF-12v2™

Votre santé et bien-être

Ce questionnaire vous demande votre opinion à propos de votre santé. Ces renseignements aideront à faire un suivi de votre état et de votre facilité à faire vos activités habituelles. *Merci de répondre à ce questionnaire!*

Pour chacune des questions, cochez la réponse qui correspond le mieux à la vôtre.

1. En général, votre santé est :

Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Les questions suivantes touchent à vos activités quotidiennes typiques. Est-ce que votre santé vous limite dans ces activités? Si oui, à quel point?

	Oui, très limité	Oui, un peu limité	Non, pas limité du tout
a) <u>Activités modérées</u> , comme déplacer une table, pousser un aspirateur, jouer aux quilles, ou jouer au golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Grimper <u>plusieurs</u> paliers d'escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous vécu les problèmes suivants dans votre travail ou vos autres activités quotidiennes en raison de votre état de santé?

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
a) <u>Accomplir moins</u> que vous vouliez faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez été limité quant à la <u>nature</u> du travail ou d'autres activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous vécu les problèmes suivants dans votre travail ou vos autres activités quotidiennes en raison de problèmes émotifs (comme se sentir déprimé ou anxieux)?

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
a) <u>Accomplir moins</u> que vous vouliez faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Accomplir des activités de travail <u>avec moins de soin que d'habitude</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la douleur a-t-elle interféré avec votre travail régulier (incluant le travail à l'extérieur de la maison et les tâches ménagères)?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Les questions suivantes portent sur comment vous vous sentez et comment les choses se passent avec vous au cours des 4 dernières semaines. Pour chacune des questions, veuillez choisir la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez. À quelle fréquence au cours des 4 dernières semaines ...

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
a) Vous êtes-vous senti calme et en paix?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Étiez-vous plein d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vous sentiez-vous découragé et déprimé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence est-ce que votre santé physique ou vos problèmes émotifs ont interféré avec vos activités sociales (visiter des amis, parenté, etc.)?

Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'avoir répondu à ces questions!

SF-12v2® Health Survey ® 1992-2002 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. Tous droits réservés.

SF-12® est une marque déposée de Medical Outcomes Trust.
(SF-12v2® Health Survey Standard, Canada (Anglais))

Questionnaire LISAT-11

Instructions : vous trouverez ci-après quelques énoncés concernant la satisfaction que vous ressentez à propos de divers aspects de votre vie. Pour chacun des énoncés, veuillez choisir un chiffre de 1 à 6, où 1 signifie très insatisfaisant et 6 signifie très satisfaisant.

	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Modérément insatisfaisant	Modérément satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
1. Ma vie en général est :	1	2	3	4	5	6
2. Ma situation professionnelle est :	1	2	3	4	5	6
3. Ma situation financière est :	1	2	3	4	5	6
4. Ma situation de loisirs est :	1	2	3	4	5	6
5. Mon contact avec mes amis et connaissances est :	1	2	3	4	5	6
6. Ma vie sexuelle est :	1	2	3	4	5	6
7. Ma capacité de prendre soin de moi (habillement, hygiène, transferts etc.) est :	1	2	3	4	5	6
8. Ma vie de famille est : <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de famille	1	2	3	4	5	6
9. Ma relation avec mon/ma partenaire est : <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de partenaire stable	1	2	3	4	5	6
10. Ma santé physique est :	1	2	3	4	5	6
11. Ma santé psychologique est :	1	2	3	4	5	6

Évaluation des besoins

Afin de pouvoir profiter de la vie, les personnes ayant une lésion médullaire (LM) ont des besoins reliés à leur situation qui doivent être comblés.

Nous voulons en savoir plus sur **vos besoins reliés à votre lésion médullaire et à quel point ces besoins sont satisfaits.**

Est-ce que les besoins et services suivants (en soutien à votre vie dans la communauté) sont présentement satisfaits?					
Logement accessible	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Soins auxiliaires ?	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Soutien de revenu	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Équipement et aides techniques	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Transport sur de courtes distances	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Transport sur de longues distances	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
LM-Soins de santé spécialisés	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Soins de santé globaux	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Soutien affectif	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Coordination	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Soutien des pairs ayant une LM	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Formation à l'emploi	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Programmes de saines habitudes de vie, activités et loisirs	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A
Autre : _____	<input type="checkbox"/> Beaucoup ou complètement	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Très peu	<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> N/A

Veillez indiquer la date à laquelle vous avez complété ce questionnaire :

				/			/		
AAAA					MM			JJ	

Merci!

Votre participation continue au RHSCIR est très importante.
Les gens qui œuvrent dans le domaine des lésions médullaires se servent de ces renseignements afin de fournir de meilleurs soins aujourd'hui et mener des projets de recherche pouvant amener à la guérison demain.