

## FACT-GP (4ème Version)

**Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.**

### BIEN-ÊTRE PHYSIQUE

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
GP1	Je manque d'énergie .....	0	1	2	3	4
GP2	J'ai des nausées.....	0	1	2	3	4
GP3	À cause de mon état physique, j'ai du mal à répondre aux besoins de ma famille .....	0	1	2	3	4
GP4	J'ai des douleurs.....	0	1	2	3	4
GP6	Je me sens malade .....	0	1	2	3	4
GP7	Je suis obligé(e) de passer du temps allongé(e) .....	0	1	2	3	4

### BIEN-ÊTRE FAMILIAL/SOCIAL

		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
GS1	Je me sens proche de mes amis .....	0	1	2	3	4
GS2	Ma famille me soutient moralement.....	0	1	2	3	4
GS3	Mes amis me soutiennent .....	0	1	2	3	4
GS6	Je me sens proche de mon (ma) partenaire (ou de la personne qui est mon principal soutien).....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Quel que soit votre degré d'activité sexuelle en ce moment, veuillez répondre à la question suivante. Si vous préférez ne pas y répondre, cochez cette case et passez à la section suivante.</i>					
					<input type="checkbox"/>	
GS7	Je suis satisfait(e) de ma vie sexuelle.....	0	1	2	3	4

## FACT-GP (4ème Version)

**Veillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.**

### BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GE1	Je me sens triste.....	0	1	2	3	4
GE4	Je me sens nerveux (nerveuse).....	0	1	2	3	4
GE5	Je suis préoccupé(e) par l'idée de mourir.....	0	1	2	3	4
GE6	Je suis préoccupé(e) à l'idée que mon état de santé puisse s'aggraver.....	0	1	2	3	4

### BIEN-ÊTRE FONCTIONNEL

		Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Beau- coup	Énormé- ment
GF1	Je suis capable de travailler (y compris le travail à la maison).....	0	1	2	3	4
GF2	Mon travail (y compris le travail à la maison) me donne de la satisfaction.....	0	1	2	3	4
GF3	Je suis capable de profiter de la vie.....	0	1	2	3	4
GF5	Je dors bien.....	0	1	2	3	4
GF6	J'apprécie mes loisirs habituels.....	0	1	2	3	4
GF7	Je suis satisfait(e) de ma qualité de vie actuelle.....	0	1	2	3	4

**Nom de la Health Home** \_\_\_\_\_

**Numéro d'identification de client Medicaid** \_\_\_\_\_

**Date**    /    /  
          JJ / MM / AA

**Type d'évaluation** (Cochez (✓) une réponse)

Initiale     Annuelle     Congé

\_\_\_\_\_  
Nom du responsable des soins (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date