

## Questionnaire PRISMA-7

### Questionnaire sur la santé et l'autonomie de la personne âgée

Ce questionnaire s'adresse aux personnes âgées qui ne sont pas suivies par les services de soutien à domicile du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (mission CLSC).

**Ne pas compléter le questionnaire si la personne est suivie actuellement par les services de soutien à domicile du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (mission CLSC).**

Identification de la personne à qui les questions sont posées			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse		Ville	
Code postal		No de téléphone	
No assurance-maladie		Date de naissance	

Question	Réponse	
	Oui	Non
1. Avez-vous 85 ans et plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sexe masculin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le questionnaire PRISMA-7 sert à identifier si je peux bénéficier d'une évaluation plus approfondie de mon autonomie. S'il y a lieu, cette évaluation plus approfondie se fera dans un deuxième temps par un intervenant professionnel et permettra de déterminer mes besoins et les services que je pourrais recevoir.

**J'accepte que mes réponses et mes coordonnées soient transmises au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal qui me contactera seulement si nécessaire.**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne ou de son représentant

\_\_\_\_\_  
No de téléphone

\_\_\_\_\_  
Date

À l'intention de la personne de l'organisme qui a utilisé le questionnaire

Nom		Prénom	
Organisme		No téléphone	
Signature		Date	

**Consignes :** Pour les questions 3 à 7, il n'y a aucune interprétation de la réponse à faire. Noter la réponse de la personne sans juger si la réponse devrait être oui ou non. Si la personne hésite, entre oui ou non, il faut l'inviter à choisir l'une des deux réponses. Si malgré plusieurs tentatives, elle persiste à répondre « un peu » ou « des fois », à ce moment indiquer la réponse « oui ».

**Note :** Transmettre ce formulaire complété au responsable désigné de votre organisme, par :

Télécopieur : 514-521-6468

Courriel : [SAPA.CCSMTL@ssss.gouv.qc.ca](mailto:SAPA.CCSMTL@ssss.gouv.qc.ca)

Version : Février 2019

Chercheurs ayant développé le questionnaire : Michel Raïche, Réjean Hébert et Marie-France Dubois

Propriété intellectuelle : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

