

Tout va bien ? ...Je fais le test !

Ou
Flashez-
moi !



- | | | |
|---|--|--|
| 1. Pouvez-vous marcher facilement pendant 10 minutes (400 mètres = environ un tour d'un terrain de foot ou 2 à 3 bâtiments) ? | <input type="checkbox"/> A : Oui | <input type="checkbox"/> B : Oui avec quelques difficultés |
| 2. Montez-vous facilement un escalier (environ 10 marches) ? | <input type="checkbox"/> A : Oui | <input type="checkbox"/> B : Oui avec quelques difficultés |
| 3. Votre poids s'est-il modifié involontairement ce dernier mois (variation +/- 3 kg) ? | <input type="checkbox"/> A : Non | <input type="checkbox"/> B : Oui |
| 4. La semaine dernière, avez-vous ressenti les états suivants : « tout ce que je faisais me demandait un effort » ou « je ne pouvais pas aller de l'avant » ? | <input type="checkbox"/> A : Moins de 2 fois | <input type="checkbox"/> B : Plus souvent |
| 5. Pratiquez-vous une activité physique (jardinage, ménage, sport...) ? | <input type="checkbox"/> A : + 3 fois /semaine | <input type="checkbox"/> B : Moins que ça |
| 6. Vous plaignez-vous de votre mémoire ? | <input type="checkbox"/> A : Non | <input type="checkbox"/> B : Oui |
| 7. Avez-vous des troubles du sommeil ? | <input type="checkbox"/> A : Non | <input type="checkbox"/> B : Oui |
| 8. Avez-vous des problèmes de vision (difficulté à lire, à voir de loin, pathologie oculaire...) et/ou d'audition ? | 9. <input type="checkbox"/> A : Non | 10. <input type="checkbox"/> B : Oui |

9. Autre point qui vous questionne (ex : alimentation, dentition, isolement, charge d'aidant, ...) :

.....

Vous souhaitez faire le point, près de chez vous :

- Participer à une **réunion d'information**: Oui Non
- Bénéficier d'une **consultation infirmière approfondie gratuite** : Oui Non

(45 lieux de consultation en DORDOGNE)

Nom : _____ Code postal : _____

Prénom : _____ Commune: _____

N° de téléphone : _____ Age : _____

N° et Rue : _____ Date : _____ Signature : _____

Adresse mail : _____@_____

Cachet Mairie ou professionnel - service relais :

A remettre au choix :

- A la Mairie, au professionnel qui vous a remis ce questionnaire,
- par mail à consult.fragilite.accueil@ch-perigueux.fr
- par courrier à : **CONSULTATION INFIRMIERE PREVENTION SANTE**
Centre Hospitalier PERIGUEUX – Centre Ressources Pôle EPHAD
80 AVENUE Georges Pompidou 24000 PERIGUEUX