

Nom (à la naissance) : _____ Prénom : _____

Date de naissance : An/ : _____ M/ : _____ J/ : _____

Numéro d'assurance-maladie: _____ EXP _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Téléphone : (____) _____

QUESTIONNAIRE PRISMA-7 ❖

Ce questionnaire Prisma-7 permettra de savoir si vous avez des besoins en lien avec votre état de santé en général. Si tel est le cas, vous recevrez un appel prochainement de votre CLSC.

QUESTIONS

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 <u>besoin</u> 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"/>
Total de « oui » et de « non »		

❖ **Version** : novembre 2016 : **Auteurs** : Réjean Hébert, Michel Raïche et Marie-France Dubois. **Propriété** : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. info@expertise-santé.com

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES

8. Avez-vous chuté au cours de la dernière année ? Si oui, combien de fois ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous perdu, sans le vouloir, environ 10 livres au cours de la dernière année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- J'accepte** aussi que mes réponses et mes coordonnées soient transmises au **CISSS de Laval*** (CLSC de votre région) qui me contactera seulement si nécessaire.
- J'autorise le CISSS de Laval (CLSC de votre région) à faire un suivi** auprès du médecin traitant ou tout autre professionnel de la santé et des services sociaux impliqués dans le suivi de mon dossier.

Signature de la personne ou de son représentant

Date

Téléphone

Titre d'emploi ou lien avec l'utilisateur

SECTION RÉSERVÉE AU RÉFÉRENT

Nom du référent : _____ Prénom : _____

Organisme si pertinent : _____ Titre d'emploi : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Personne contact : _____ Lien : _____

Adresse et # de tel si différents de la personne référente : _____

Langue parlée : Français Anglais Autre _____

Commentaires : _____