

# QUESTIONNAIRE D'ACCÈS AU DISPOSITIF DE CASE MANAGEMENT POUR LES PROCHES AIDANTS DE PERSONNES ÂGÉES DU LOIR-ET-CHER



Complétez ce formulaire avec la personne pour lui donner l'accès à un accompagnement global et personnalisé.

\* Critères donnant l'accès au case management

## IDENTITÉ & LIEU DE RÉSIDENCE

Nom : ..... Adresse : .....  
Prénom : .....  
Mail : ..... Ville : .....  
Tél. : ..... CP : .....

## CRITÈRES D'ACCÈS

- 1/ Cohabitation / proximité avec la personne aidée (relation d'aide forte) :  Oui\*  Non
- 2/ Personne aidée âgée de plus de 60 ans :  Oui\*  Non
- 3/ Personne aidée en perte d'autonomie :  Oui\*  Non
- 4/ Niveau d'épuisement léger à modéré :  $0.5 > \text{mini zarit} < 4$  :  Oui\*  Non

## CALCULEZ RAPIDEMENT LE MINI ZARIT DE L'AIDANT

Notation :  
Jamais = 0 Parfois = 1/2  
Souvent = 1

### Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :

Des difficultés dans votre vie familiale ?

Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?

Un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?

Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?

Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?

Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?

Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?

**SCORE :** .....

## 5/ Relation aux dispositifs existants (de répit et de prévention)

• Vous sollicitez les dispositifs à destination des aidants :

**Jamais\***

**Un à deux contacts par an\***

> à deux contacts par an

• Qu'en pensez-vous ?

C'est intéressant, cela répond complètement ou en partie à mes besoins

**C'est inadapté, cela ne répond pas à mes besoins, à ma situation, je ne sens pas concerné(e)\***

## ACCORD DE LA PERSONNE

J'accepte que ces informations (cf traitement CNIL) soient transmises à la Mutualité Française Centre-Val de Loire, pour la mise en place d'un accompagnement global et personnalisé.

Signature de l'utilisateur :

## PARTENAIRE RÉFÉRENT (à l'initiative de l'orientation)

Nom de la structure : .....

Personne à contacter : .....

Tél. : .....

Mail : .....

## CONTACT

Pour nous transmettre  
le questionnaire  
ou pour  
toute question.

**Céline Dauvel**

02 54 70 59 53 / 06 70 49 56 87

celine.dauvel@murec.fr