

FEUILLE DE TRAVAIL 1 :



Feuille d'autoévaluation du partenaire de soins

Adaptée de « *Caring and Coping, A Caregiver's Guide to Parkinson's Disease* »
publié par la Parkinson Foundation, 2016.

Évaluez les énoncés suivants selon l'exactitude avec laquelle ils s'appliquent à vous. Additionnez tous les chiffres que vous avez sélectionnés et inscrivez le total dans la section « Score total ».

1 Presque toujours 2 Souvent 3 Parfois 4 Rarement 5 Jamais

N°	ÉNONCÉ	COTE
1	Je fais régulièrement de l'exercice.	1 2 3 4 5
2	Je prends des rendez-vous de santé préventifs et je les respecte.	1 2 3 4 5
3	J'ai un emploi ou une activité qui m'apporte une satisfaction personnelle.	1 2 3 4 5
4	Je ne consomme pas de produits du tabac.	1 2 3 4 5
5	Je ne consomme ni alcool ni drogues.	1 2 3 4 5
6	Je dors suffisamment chaque nuit.	1 2 3 4 5
7	J'ai des passe-temps ou des activités récréatives que j'aime.	1 2 3 4 5
8	Je mange au moins trois repas équilibrés par jour.	1 2 3 4 5
9	J'ai au moins une personne à qui je peux me confier.	1 2 3 4 5
10	Je prends le temps de faire des choses qui sont importantes pour moi.	1 2 3 4 5
11	Je suis optimiste et je vois ma vie de façon positive.	1 2 3 4 5
12	J'ai des objectifs personnels et je prends des mesures pour les atteindre.	1 2 3 4 5

SCORE TOTAL :

RÉSULTATS DE L'AUTOÉVALUATION (sans les :)

12 — 24 Vous réussissez très bien à prendre soin de vous-même.

25 — 36 Il y a des progrès à faire. Évaluez où vous éprouvez des difficultés, demandez l'aide de votre famille, de vos amis ou d'un professionnel et apportez des changements.

37 — 48 Vous ne parvenez pas à prendre soin de vous-même et courez un risque modéré de problèmes de santé personnels. Parlez à un fournisseur de soins de santé ou à d'autres personnes qui peuvent vous aider à formuler et à mettre en application un plan d'autosoins.

48 — 60 Vous courez un risque extrêmement élevé de problèmes de santé personnels. Il est essentiel que vous parliez à un fournisseur de soins de santé dès que possible. Concentrez-vous sur le fait que vous devez rester en santé pour fournir des soins appropriés au bénéficiaire de soins.

FEUILLE DE TRAVAIL 2 :



Calculateur de fardeau du partenaire de soins

Adapté de « FTLDA Caregiver Burden Scale »; Zarit, S.H. et coll (1980).

Pour chaque énoncé, encerclez la cote pour indiquer à quelle fréquence vous vous sentez ainsi. Additionnez tous les chiffres que vous avez sélectionnés et inscrivez le total dans la section « Score total ».

0 Jamais 1 Rarement 2 Parfois 3 Souvent 4 Presque toujours

J'ai l'impression que...

1	Mon bénéficiaire de soins demande plus d'aide qu'il n'en a réellement besoin.	0	1	2	3	4
2	Mon bénéficiaire de soins prend tellement de mon temps qu'il n'en reste plus pour moi.	0	1	2	3	4
3	Mon bénéficiaire de soins se comporte de façon embarrassante.	0	1	2	3	4
4	Mon bénéficiaire de soins me met en colère.	0	1	2	3	4
5	L'avenir est sombre à cause de mon bénéficiaire de soins.	0	1	2	3	4
6	Mon bénéficiaire de soins dépend trop de moi.	0	1	2	3	4
7	Mon bénéficiaire de soins me cause une tension et un stress supplémentaire.	0	1	2	3	4
8	Mon bénéficiaire de soins nuit à ma relation avec les autres membres de ma famille.	0	1	2	3	4
9	J'ai moins d'intimité à cause de l'état de mon bénéficiaire de soins.	0	1	2	3	4
10	Mon bénéficiaire de soins a eu des répercussions négatives sur ma vie sociale.	0	1	2	3	4
11	Je me sens gêné d'inviter d'autres personnes chez moi à cause de mon bénéficiaire de soins.	0	1	2	3	4
12	Mon bénéficiaire de soins tente de me contrôler.	0	1	2	3	4
13	Mon bénéficiaire de soins a beaucoup d'attentes envers moi, et moi seul.	0	1	2	3	4
14	Mon bénéficiaire de soins ne comprend pas le fardeau financier que m'imposent les soins que je lui prodigue.	0	1	2	3	4
15	Mon bénéficiaire de soins ne sait pas que je suis épuisé et que je ne pourrai pas m'occuper de lui beaucoup plus longtemps.	0	1	2	3	4

SCORE TOTAL :

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

0 — 15 Fardeau faible ou nul
Votre fardeau est gérable.

16 — 30 Fardeau léger à modéré
Votre fardeau vous cause un peu de stress.

31 — 44 Fardeau modéré à lourd
Votre fardeau vous cause de plus en plus de stress et peut avoir une incidence sur votre santé.

45 — 60 Fardeau lourd
Votre fardeau vous cause un stress extrême et vous expose à un risque élevé de problèmes de santé relatifs au stress.

FEUILLE DE TRAVAIL 3 :



Liste de vérification de l'évaluation de la sécurité à domicile

Adaptée de « *Caring and Coping, A Caregiver's Guide to Parkinson's Disease* », publié par la Parkinson Foundation, 2016.

DANS L'ENSEMBLE DE LA MAISON

- ☐ La surface des planchers est stable, antidérapante et sans motifs excessifs.
- ☐ L'éclairage est bon partout dans la maison; il n'y a pas d'endroits sombres ou ombragés.
- ☐ Les lieux de passage sont larges et permettent l'utilisation d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant, au besoin.
- ☐ Les cordons électriques, téléphoniques et d'alimentation d'ordinateur ne présentent pas de risque de trébuchement ou de chute lors des déplacements.
- ☐ Les escaliers sont en bon état, sont dotés de rampes et peuvent être bloqués pour des raisons de sécurité, au besoin.
- ☐ Les fauteuils sont stables, dotés d'accoudoirs et d'un siège dont la hauteur est adéquate, afin qu'il soit plus facile de se lever.
- ☐ Le coin repas est facile d'accès.
- ☐ Un système de communication est en place pour vous permettre d'entendre la personne atteinte dans une autre partie de la maison.

À FAIRE

- ☐ Enlevez tous les petits tapis et carpettes.
- ☐ Enlevez tout fatras pour réduire le risque de trébuchement ou de chute.
- ☐ Entreposez les médicaments dans un endroit sûr.

CHAMBRE À COUCHER

- ☐ L'ambiance est calme et relaxante.
- ☐ La hauteur du lit permet aux pieds de toucher le plancher lorsqu'une personne est assise au bord du lit.
- ☐ Une demi-ridelle ou une barre de transfert est en place pour aider le bénéficiaire à se tourner et à se lever.
- ☐ La veilleuse est placée dans un endroit facilement accessible et elle est suffisamment lumineuse pour éclairer entièrement le chemin vers la salle de bain.
- ☐ Une chaise d'aisance/un urinoir est accessible la nuit, au besoin.
- ☐ Un système de communication ou un moniteur est en place afin que vous puissiez entendre les appels à l'aide la nuit.

À FAIRE

- ☐ Placez un tissu glissant ou une alèse sur le tiers central du lit pour que le bénéficiaire puisse se tourner plus facilement.
- ☐ Retirez le drap du dessus et utilisez plutôt un édredon léger sur le lit.
- ☐ Évitez les draps de flanelle et les vêtements de nuit, car ils gênent les mouvements.

SALLE DE BAIN

- ☐ Des barres d'appui sont installées près de la toilette, de la baignoire et de la douche pour éviter l'utilisation des porte-serviettes, des robinets ou des porte-savons comme substituts.
- ☐ La toilette est dotée d'un siège surélevé et d'accoudoirs ou une barre d'appui est installée tout près.
- ☐ Un banc robuste doté d'un dossier se trouve dans la baignoire/douche pour assurer la sécurité à l'heure du bain ou de la douche.
- ☐ Il y a des sièges pour s'asseoir au moment de se brosser les dents, se raser et se peigner les cheveux, au besoin.
- ☐ Un système de communication ou un moniteur est en place pour que vous puissiez entendre les appels à l'aide.

FEUILLE DE TRAVAIL 4 :



Calendrier hebdomadaire du soutien aux activités de la vie quotidienne

Adapté du « Caregiver's Handbook of Nova Scotia » 2014.

ACTIVITÉ	LUN.	MAR.	MER.	JEU.	VEN.	SAM.	DIM.
----------	------	------	------	------	------	------	------

TÂCHES MÉNAGÈRES

Cuisine/Préparation							
Lavage de la vaisselle							
Rangement dans la cuisine							
Plancher/tapis							
Nettoyage							
Époussetage/ Rangement							
Nettoyage des toilettes							
Lessive/Repasse							
Entretien extérieur							
Jardinage							
Déneigement							
Sortie des poubelles/ Recyclage							
Envoi/Ramassage du courrier							

SOINS PERSONNELS

Administration des médicaments							
Alimentation							
Soins buccodentaires							
Bain							
Habillement							
Élimination et propreté							
Hygiène (autres)							



ACTIVITÉ	LUN.	MAR.	MER.	JEU.	VEN.	SAM.	DIM.
----------	------	------	------	------	------	------	------

TRANSPORT

Soins de santé							
Rendez-vous							
Exercices							
Événements sociaux							
Magasinage							
Autres rendez-vous							

COORDINATION D'AUTRES ACTIVITÉS

Prise de rendez-vous							
Exécution/Ramassage des ordonnances							
Opérations bancaires							
Paiement de factures							
Préparation des déclarations de revenus							
Entretien de voiture							
Soins aux animaux domestiques							

SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

Visites sociales							
Appels de contrôle							

FEUILLE DE TRAVAIL 5 :



Outil de suivi des besoins quotidiens et des habitudes

Copiez et remplissez cette feuille de travail afin que tout autre fournisseur de soins (rémunéré ou non) ait une liste qui décrit les besoins particuliers et l'horaire de la personne atteinte.

HORAIRE DE SOMMEIL

Heure du réveil	
Heure de la sieste	
Heure du coucher	
Remarques particulières/ Préférences	

POSOLOGIE

Dose 1	
Dose 2	
Dose 3	
Dose 4	
Dose 5	
Remarques particulières/ Préférences	

RÉGIME ALIMENTAIRE ET HORAIRE DES REPAS

Déjeuner	
Collation	
Dîner	
Collation	
Souper	
Collation	
Remarques particulières/ Préférences	



HORAIRE DES ACTIVITÉS

Matin	
Après-midi	
Soirée	
Remarques particulières/ Préférences	

HORAIRE DES SOINS PERSONNELS

Bain	
Habillement	
Hygiène dentaire	
Autre	
Remarques particulières/ Préférences	

AUTRE HORAIRE

FEUILLE DE TRAVAIL 6 :



Journal quotidien sur la maladie de Parkinson

Source : Ressources de la trousse AGIR à temps^{MC} de Parkinson Canada

Nom : _____ Date : _____

Pour chaque heure de la journée, cochez la colonne correspondante qui décrit le mieux votre état moteur (c.-à-d. dans la rangée de 7 h, indiquez l'état moteur moyen de 7 h à 7 h 59 ou si vous dormez, cochez Endormi dans cette colonne. Si vous prenez une dose de médicament à 7 h 45, inscrivez l'heure dans la colonne Médicaments MP de la rangée de 7 h.

État moteur	Période «ON» avec dyskinésie Trop de mouvements	Période «ON» Mouvements normaux	Période «OFF» Trop rigide et lent	Endormi	Heure des médicaments pour la MP
6 h					
7 h					
8 h					
9 h					
10 h					
11 h					
midi					
13 h					
14 h					
15 h					
16 h					
17 h					
18 h					
19 h					
20 h					
21 h					
22 h					
23 h					
minuit					



FEUILLE DE TRAVAIL 7 :

«Si jamais»

Utilisez ce modèle pour compléter les énoncés «si jamais» avec les actions prévues. Ajoutez vos propres énoncés dans les espaces en blanc.

SI JAMAIS MON BÉNÉFICIAIRE DE SOINS AVAIT UNE MALADIE SOUDAINE?

Alors...	
Alors...	
Alors...	
Remarque :	

SI JAMAIS MON BÉNÉFICIAIRE DE SOINS ÉTAIT ADMIS À L'HÔPITAL DE FAÇON IMPRÉVUE?

Alors...	
Alors...	
Alors...	
Remarque :	

SI JAMAIS IL Y AVAIT UNE URGENCE FAMILIALE?

Alors...	
Alors...	
Alors...	
Remarque :	



SI JAMAIS MON BÉNÉFICIAIRE OU MOI-MÊME AVIONS UNE CRISE DE NERFS?

Alors...

Alors...

Alors...

Remarque :

SI JAMAIS MA SANTÉ ÉTAIT COMPROMISE ET NUISAIT À MA CAPACITÉ DE PRODIGUER DES SOINS?

Alors...

Alors...

Alors...

Remarque :

SI JAMAIS... ?

Alors...

Alors...

Alors...

Remarque :

SI JAMAIS... ?

Alors...

Alors...

Alors...

Remarque :