

## FORMULAIRE GRILLE FRAGILITÉS

SITUATION	
Quel est votre nom ?	Quel est votre prénom ?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quel âge avez-vous ?	<input type="text"/> vivez-vous seul(e) ? <input type="checkbox"/>
Combien d'enfants avez-vous ?	<input type="text"/> Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ? <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous de l'assurance maladie ?	<input type="text"/> Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? <input type="checkbox"/>
Quelle est votre source de revenu principale ( Étudiant, retraité, maladie, chômage, en activité, minima sociaux... ) ?  <input type="text"/>	
Y-at-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, électricité...) ?  <input type="text"/>	
Avez-vous des activités extérieures et/ou sociales (sport, cinéma...) ?  <input type="text"/>	
Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Au cours de ces 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille ? <input type="checkbox"/>
En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter ?	<input type="checkbox"/> En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes qui puissent vous apporter une aide matérielle et/ou financière <input type="checkbox"/>

## FORMULAIRE GRILLE FRAGILITÉS

### PSYCHIQUE

<b>Vous sentez-vous motivé ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Ressentez-vous de l'anxiété ?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ressentez-vous du stress ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Faites-vous des crises d'angoisse ?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Faites-vous des nuits entières ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Faites-vous des siestes ?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Avez-vous des endormissements soudains ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Ressentez-vous régulièrement un sentiment de fatigue ?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Avez-vous des ronflements ?</b>	<input type="checkbox"/>		

### TRAITEMENT ET CONSOMMATION

<b>Avez-vous un Médecin traitant ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Avez-vous un ou plusieurs traitements spécifiques ?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Consommez-vous d'autres substances (alcool, cannabis, autres drogues...) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Êtes-vous en contact avec un travailleur social ?</b>	<input type="checkbox"/>

### LOGEMENT

<b>Avez-vous repéré des dysfonctionnements dans votre logement ?</b>	<input type="checkbox"/>	<b><u>Si oui, veuillez remplir la fiche de repérage des dysfonctionnements de l'habitat.</u></b>
--	--------------------------	--