

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="text"/> |
| Combien d'enfants avez-vous ? | <input type="text"/> | Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ? | <input type="text"/> |
| Bénéficiez-vous de l'assurance maladie ? | <input type="text"/> | Bénéficiez-vous d'une mutuelle ? | <input type="text"/> |
| 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 ou 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="text"/> | Au cours de ces 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille ? | <input type="text"/> |
| En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter ? | <input type="text"/> | 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="text"/> |

FORMULAIRE GRILLE FRAGILITÉS

PSYCHIQUE

Vous sentez-vous motivé ?

☐

Ressentez-vous de l'anxiété ?

☐

Ressentez-vous du stress ?

☐

Faites-vous des crises d'angoisse ?

☐

Faites-vous des nuits entières ?

☐

Faites-vous des siestes ?

☐

Avez-vous des endormissements soudains ?

☐

Ressentez-vous régulièrement un sentiment de fatigue ?

☐

Avez-vous des ronflements ?

☐

TRAITEMENT ET CONSOMMATION

Avez-vous un Médecin traitant ?

☐

Avez-vous un ou plusieurs traitements spécifiques ?

☐

Consommez-vous d'autres substances (alcool, cannabis, autres drogues...) ?

☐

Êtes-vous en contact avec un travailleur social ?

☐

LOGEMENT

Avez-vous repéré des dysfonctionnements dans votre logement ?

☐

Si oui, veuillez remplir la fiche de repérage des dysfonctionnements de l'habitat.