

Glasgow Outcome Scale Questionnaire (GOSE-Postal) - French Version

Ces questions concernent les changements dans votre style de vie suite à votre accident. Il y a aussi quelques questions concernant la période avant votre traumatisme. Les réponses aux questions peuvent être données par vous, par un parent proche ou par un ami, ou par les deux ensembles. Nous nous intéressons à votre récupération jusqu' à ce jour.

Nom du/de la patient(e) _____

Date _____

Personne ayant rempli le questionnaire

Le/la patient(e) seul(e) Un(e) parent(e) ou ami(e) ou soignant(e), seul(e)

Le/la patient(e) avec un(e) parent(e), ami(e) ou soignant(e)

Le/la patient(e) est

Sorti(e) de l'hôpital

A l'hôpital ou en résidence médicalisée

Veillez répondre à chaque question en cochant la case appropriée.

1. Avant le traumatisme, étiez-vous capable de vous occuper de vous-même à domicile? Oui Non

2. Suite au traumatisme, avez-vous maintenant besoin de quelqu'un pour vous aider à domicile? (veuillez cocher une case)

Je n'ai pas besoin d'aide ou de surveillance à domicile

J'ai besoin d'aide à domicile, mais pas tous les jours

J'ai besoin d'aide à domicile tous les jours, mais je peux m'occuper de moi pendant au moins 8 heures si nécessaire

Je ne pourrais pas m'occuper de moi-même pendant 8 heures pendant la journée

J'ai besoin d'aide à domicile, mais pas à cause du traumatisme

3. Avant le traumatisme, étiez-vous capable de faire des courses sans aide? Oui Non

4. Suite à votre traumatisme, avez-vous maintenant besoin d'aide pour faire les courses? (veuillez cocher une case)

Je n'ai pas besoin d'aide pour faire les courses

J'ai besoin d'aide, mais je peux aller dans les magasins près de chez moi tout(e) seul(e)

J'ai besoin d'aide pour faire les courses, même près de chez moi, ou je ne peux pas les faire du tout

J'ai besoin d'aide pour faire les courses, mais pas à cause du traumatisme

5. Avant le traumatisme, étiez-vous capable de vous déplacer sans aide? Oui Non

6. Suite à votre traumatisme, avez-vous maintenant besoin d'aide pour vous déplacer? (veuillez cocher une case)

- Je n'ai pas besoin d'aide pour me déplacer
J'ai besoin d'aide, mais je peux me déplacer localement tout(e) seul(e) (par exemple en organisant un taxi)
J'ai besoin d'aide pour me déplacer, même localement, ou je ne peux pas me déplacer du tout
J'ai besoin d'aide pour me déplacer, mais pas à cause du traumatisme
-

7. Situation professionnelle avant le traumatisme crânien (veuillez cocher une case)

- En activité En recherche d'emploi
Homme/femme au foyer Etudiant(e)
Retraité/e Aucune de ces situations (par ex. inapte au travail)

8. Suite à votre traumatisme, y a-t-il eu un changement quant à votre capacité à travailler? (ou à étudier si vous êtes étudiant(e); ou à vous occuper de votre famille) (veuillez cocher une case)

- Je fais toujours le même travail
Je fais toujours le même travail, mais j'ai quelques difficultés (par ex. fatigue, manque de concentration)
Je travaille toujours, mais à un niveau réduit (par ex. passage d'un temps plein à un temps partiel ou changement de niveau de responsabilité)
Je suis incapable de travailler ou je ne peux travailler que dans le cadre d'un environnement protégé
Ma capacité à travailler a changé, mais pas à cause du traumatisme
-

9. Avant le traumatisme, participiez-vous régulièrement à des activités sociales et de loisirs en dehors de chez vous (au moins une fois par semaine)? Oui Non

Les activités sociales et de loisirs incluent: aller dans un café ou au restaurant, aller chez des amis, au cinéma, jouer aux cartes, sortir se promener, assister à un match de football, faire du sport.

10. Suite à votre traumatisme, y a-t-il eu un changement quant à votre capacité à participer aux activités sociales et de loisirs en dehors de chez vous? (veuillez cocher une case)

- Je participe aussi souvent qu'avant (les activités peuvent être différentes de celles d'avant)
Je participe un peu moins, mais au moins à 50 % aussi souvent qu'auparavant
Je participe beaucoup moins, à moins de 50 % aussi souvent qu'auparavant
Je ne participe pas du tout
Ma capacité à participer a changé pour d'autres raisons, pas à cause du traumatisme

11. Avant le traumatisme, aviez-vous des problèmes relationnels avec vos amis ou parents? Oui Non

12. Suite à votre traumatisme, avez-vous maintenant des problèmes rationnels avec vos amis ou parents? (veuillez cocher une case)

- Tout est à peu près pareil
Il y a des problèmes occasionnels (moins d'une fois par semaine)
Il y a des problèmes fréquents (une fois par semaine ou plus)
Il y a des problèmes constants (tous les jours)
Il y a des problèmes pour d'autres raisons, pas à cause du traumatisme

13. Y a-t-il d'autres problèmes dûs à votre traumatisme qui ont perturbés votre vie quotidienne au cours de la semaine passée? (Problèmes parfois rapportés après un traumatisme crânien: maux de tête, étourdissements, fatigue, sensibilité au bruit ou à la lumière, ralentissement, trous de mémoire et problèmes de concentration) (veuillez cocher une case)

- Je n'ai pas de problème actuellement
J'ai quelques problèmes, mais ils ne perturbent pas ma vie quotidienne
J'ai quelques problèmes, et ils ont perturbé ma vie quotidienne
J'ai quelques problèmes pour d'autres raisons, pas à cause du traumatisme crânien

14. Des problèmes similaires étaient-ils présents avant le traumatisme? (veuillez cocher une case)

- Je n'avais pas de problème avant, j'avais des problèmes mineurs
J'avais des problèmes similaires avant

Avez-vous des commentaires à faire?

(Vous pouvez continuer au dos de la feuille si vous le désirez)