| **APPROCHE V1SAGES ©**Questionnaire PORTRAIT-10 | No dossier :                  Nom, prénom :      Date de naissance :      NAM :       |
| --- | --- |

**Je vais vous poser 10 questions avec un choix de réponses. Vous pouvez me donner la réponse qui vous semble la meilleure pour vous. N’hésitez pas à me dire si vous avez des questions.**

1. **Ma santé est :**

(0) [ ]  Excellente

(1) [ ]  Très bonne

(2) [ ]  Bonne

(3) [ ]  Passable

(4) [ ]  Mauvaise

1. **La douleur ou des malaises :**

(0) [ ]  Je n’ai aucune douleur ni malaise

(1) [ ]  Ne limitent pas mes activités

(2) [ ]  Limitent un peu mes activités

(3) [ ]  Limitent quelques-unes de mes activités

(4) [ ]  Limitent la plupart de mes activités

1. **On m’a prescrit des médicaments à prendre à tous les jours :**

(0) [ ]  Aucun médicament

(1) [ ]  Entre 1 et 4 médicaments différents

(3) [ ]  Entre 5 et 9 médicaments différents

(4) [ ]  10 médicaments différents ou plus

1. **Au cours des 30 derniers jours, je me suis senti nerveux, désespéré, agité, déprimé, épuisé ou bon à rien :**

(0) [ ]  Jamais

(1) [ ]  Rarement

(2) [ ]  Parfois

(3) [ ]  La plupart du temps

(4) [ ]  Tout le temps

1. **Il m’arrive de consommer de l’alcool ou des drogues plus que j’aurais souhaité :**

(0) [ ]  Jamais

(1) [ ]  Rarement

(2) [ ]  Parfois

(3) [ ]  La plupart du temps

(4) [ ]  Tout le temps

1. **En lien avec mon logement, je suis :**

(0) [ ]  Très satisfait

(1) [ ]  Satisfait

(2) [ ]  Ni satisfait ou insatisfait

(3) [ ]  Insatisfait

(4) [ ]  Très insatisfait

1. **Lorsque j’en ai besoin, je reçois du soutien de mes amis ou mes proches :**

(0) [ ]  Tout le temps

(1) [ ]  La plupart du temps

(2) [ ]  Parfois

(3) [ ]  Rarement

(4) [ ]  Jamais

1. **Pour répondre à mes besoins et/ou ceux de ma famille (nourriture, logement et autres besoins essentiels), je considère mes revenus :**

(0) [ ]  Très suffisants

(1) [ ]  Suffisants

(2) [ ]  Ni suffisants ou insuffisants

(3) [ ]  Insuffisants

(4) [ ]  Très insuffisants

1. **Mes besoins de santé sont comblés :**

***Autrement dit,*** *les soins et les services de santé que vous recevez répondent à vos besoins et vous permettent de réaliser vos activités quotidiennes (travail, loisirs, sorties, ménage…).*

(0) [ ]  Tout le temps

(1) [ ]  La plupart du temps

(2) [ ]  Parfois

(3) [ ]  Rarement

(4) [ ]  Jamais

**10) Mes interactions avec le système et les professionnels de la santé me font sentir que j’ai des problèmes de santé compliqués :**

(0) [ ]  Jamais

(1) [ ]  Rarement

(2) [ ]  Parfois

(3) [ ]  La plupart du temps

(4) [ ]  Tout le temps

**Résultat global (somme de la cotation de chaque question) :       /      \* 🡪** **/ 40**

**Le gestionnaire de cas ou intervenant-pivot est invité à utiliser les résultats du questionnaire PORTRAIT-10 pour compléter l’évaluation initiale de la personne et à noter les aspects qui semblent les plus complexes pour cette personne.**

**\* Si la personne refuse de répondre à une ou plusieurs questions, soustraire 4 par question non répondue sur le total à indiquer. Faire une règle de trois s’il y a omission de question(s) pour obtenir le résultat /40.**

Intervenant ayant complété le PORTRAIT-10 avec la personne :

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.