



# AUTO-QUESTIONNAIRE

## Maintien de l'Autonomie



### CAPACITÉS PHYSIQUES

Merci de cocher une seule case par question.

QUESTIONS	RÉPONSES
Avez-vous des difficultés à marcher 400 mètres (environ un tour d'un terrain de foot ou 2-3 bâtiments) ?	<input type="checkbox"/> 0 - Peu ou pas de difficultés <input type="checkbox"/> 1 - Beaucoup de difficultés ou incapacité
Avez-vous des difficultés à monter un escalier (environ 10 marches) ?	<input type="checkbox"/> 0 - Peu ou pas de difficultés <input type="checkbox"/> 1 - Beaucoup de difficultés ou incapacité
Au cours de l'année passée, avez-vous perdu plus de 4,5 kg involontairement ?	<input type="checkbox"/> 0 - Non <input type="checkbox"/> 1 - Oui
La semaine passée, combien de fois avez-vous ressenti les états suivants : « Tout ce que je faisais me demandait un effort » ou « Je ne pouvais pas aller de l'avant » ?	<input type="checkbox"/> 0 - Rarement ou parfois (moins de 2 fois par semaine) <input type="checkbox"/> 1 - Souvent ou la plupart du temps (plus de 3 fois par semaine)
Quel est votre niveau actuel d'activité physique ?	<input type="checkbox"/> 0 - Activité physique régulière (au moins 2-4 heures par semaine) <input type="checkbox"/> 1 - Aucune activité physique ou rarement (quelques promenades ou sorties pour aller faire des courses)

SCORE\*



### PLAINTÉ MÉMOIRE

Vous plaignez-vous de votre mémoire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
SI OUI :		
En avez-vous parlé à votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Depuis quand vous plaignez-vous de la mémoire ?	<input type="checkbox"/> 5 ans et plus	<input type="checkbox"/> moins de 5 ans
Est-ce-que votre entourage s'en est rendu compte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

\*SI SCORE ≥ 1 ET/OU SI PLAINTÉ DE MÉMOIRE, VOUS ÊTES PEUT-ÊTRE FRAGILE. PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN TRAITANT.

Acceptez-vous que vos réponses soient transmises au Gérotopôle?  Oui  Non

Acceptez-vous que le Gérotopôle vous envoie des informations sur le « bien vieillir » ?  Oui  Non



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Votre n° de téléphone : \_\_\_\_\_

Votre adresse mail : \_\_\_\_\_

Confirmer votre adresse mail : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

## MERCI

DE BIEN VOULOIR

REmplir CETTE PARTIE

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD) et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données recueillies vous concernant. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à [ervpd@chu-toulouse.fr](mailto:ervpd@chu-toulouse.fr) ou au délégué à la protection des données (DPO@chu-toulouse.fr). Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez exercer votre droit de réclamation auprès de la CNIL via le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).



OCCITANIE

Equipe Régionale Vieillesse  
Et Prévention de la Dépendance

