

GRILLE MINI – ZARIT

Evaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées

Patient (Nom - Prénom):

N° SS :

Aidant évalué (nom et situation vis-à-vis du patient):

Notation : 0 = jamais , ½ = parfois , 1 = souvent

0 ½ 1

1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :

- des difficultés dans votre vie familiale ?
- des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?
- un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?

2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?

3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?

4 – Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?

5 – Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?

Date :

Age du patient :

Age de l'Aidant évalué :

SCORE : + + + + + + = **/ 7**

Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :

Date :

Age du patient :

Age de l'Aidant évalué :

SCORE : + + + + + + = **/ 7**

Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :

Date :

Age du patient :

Age de l'Aidant évalué :

SCORE : + + + + + + = **/ 7**

Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :

Interprétation :

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7

Fardeau absent
ou léger

Fardeau léger
à modéré

Fardeau modéré
à sévère

Fardeau
sévère