

GRILLE MINI-ZARIT

Évaluation de la souffrance des aidants naturels
dans le maintien à domicile des personnes âgéesPatient (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 :Âge du patient :Âge de l'aidant évalué :SCORE : + + + + + + = / 7Nom, fonction et signature de l'évaluateur :Date :Âge du patient :Âge de l'aidant évalué :SCORE : + + + + + + = / 7Nom, fonction et signature de l'évaluateur :Date :Âge du patient :Âge de l'aidant évalué :SCORE : + + + + + + = / 7Nom, 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 légerFardeau léger
à modéréFardeau modéré
à sévèreFardeau
sévère