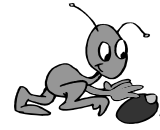


Le questionnaire concernant la qualité de vie des jeunes

Questionnaire pour parents

Kid- & Kiddo-KINDL[®]



Chers parents,


Merci d'avoir accepté de remplir ce document pour le bien-être et la qualité de vie liée à la santé de votre enfant. Comme il s'agit de **votre** estimation du bien-être de votre enfant, nous vous prions de remplir vous-même le formulaire conformément aux indications, c'est-à-dire sans interroger l'enfant.

Laissez également l'enfant remplir son questionnaire tout seul.

Toutes les informations sont traitées de manière strictement confidentielle.

Nous vous prions de respecter les instructions ci-dessous pour répondre aux questions suivantes:

- Seul un des parents, la personne de référence principale doit répondre - seule - aux questions,
- Veuillez lire soigneusement chaque question en entier,
- Réfléchissez pour savoir comment votre enfant s'est senti au cours de la semaine dernière ou pendant la période indiquée,
- cochez la case qui correspond le mieux à votre enfant,
- veuillez ne cocher qu'une seule case pour chaque question.

Un exemple: 					
La semaine dernière...	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
....mon enfant a bien dormi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mon enfant, c'est une fille un garçon

Age: _____ ans

Qui a rempli ce questionnaire? Père Mère Autre _____

Rempli le ___ / ___ / ___ (Jour/Mois/Année)

1. Bien-être physique

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant s'est senti malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. mon enfant a eu mal à la tête ou mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant était fatigué et abattu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant avait beaucoup d'énergie et il avait de la persévérance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Bien-être psychique

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant a beaucoup ri et s'est bien amusé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant n'avait envie de rien faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'est senti seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant était craintif ou ne se sentait pas rassuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Conscience de sa valeur propre

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant était fier de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant se sentait bien dans sa peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'aimait bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant a eu plein de bonnes idées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Famille

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant s'est bien entendu avec nous, les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant s'est senti bien à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. on s'est disputé fort à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant s'est senti dirigé par moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Contacts/Amis

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant a passé du temps avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant a été bien accepté par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'est bien entendu avec ses amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant a eu le sentiment d'être différent des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. École

<i>La semaine dernière...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant a réussi à faire ses devoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... l'école a plu à mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'est soucié de son avenir scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant a eu peur d'avoir de mauvaises notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Actuellement, votre enfant est-il hospitalisé ou souffre-t-il d'une maladie plus longue ?

Si oui

répondez aux questions suivantes s'il vous plaît

Si non

le questionnaire est terminé

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant a eu peur que la maladie puisse s'aggraver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant était triste à cause de sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'en est bien sorti avec sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... j'ai traité mon enfant comme un bébé à cause de sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... mon enfant voulait que personne ne se rende compte de sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... mon enfant a manqué des cours à cause de la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci pour votre coopération!