

# 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 :** ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... = **17**

Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :

Date :

Age du patient :

Age de l'Aidant évalué :

**SCORE :** ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... = **17**

Nom, fonction, et signature de l'évaluateur :

Date :

Age du patient :

Age de l'Aidant évalué :

**SCORE :** ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... + ..... = **17**

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