

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_

### Questionnaire sur les activités fonctionnelles (QAF)

Au cours des derniers mois, avez-vous observé chez vous (ou chez le patient) une détérioration ou des changements importants dans la réalisation de certaines tâches (simples ou complexes) ou encore sur le plan de l'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique?

**Attention :** Les changements observés doivent être causés par des problèmes cognitifs tels que la pensée ou la mémoire et non par des problèmes physiques.

Veuillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation (ou à celle du patient)	Le fait seul sans difficulté (normal) ou n'a jamais pratiqué cette activité, mais pourrait y parvenir seul actuellement	Le fait seul, mais éprouve de la difficulté ou n'a jamais pratiqué cette activité et pourrait difficilement y parvenir actuellement	Le fait avec de l'aide	Ne peut pas le faire seul
1. Faire des chèques, payer des factures, vérifier ses comptes	0	1	2	3
2. Assembler des dossiers d'impôts, des documents d'affaires ou autres	0	1	2	3
3. Faire des courses seul pour se procurer des vêtements, des articles ménagers, des aliments	0	1	2	3
4. Jouer à un jeu d'adresse, s'adonner à un passe-temps	0	1	2	3
5. Faire chauffer de l'eau, préparer une tasse de café, éteindre la cuisinière	0	1	2	3
6. Préparer un repas équilibré	0	1	2	3
7. Suivre le fil des événements courants	0	1	2	3
8. Prêter attention à une émission de télévision, lire un livre ou un magazine, les comprendre et pouvoir en discuter	0	1	2	3
9. Se souvenir des rendez-vous, des fêtes de famille, des congés, des médicaments à prendre	0	1	2	3
10. Se promener hors de son quartier, conduire une voiture, prendre l'autobus	0	1	2	3

Score total : \_\_\_\_\_