

Questionnaire sur l'isolement



1. Vivez-vous seul(e) ?

OUI NON

2. Vous sentez-vous seul(e) ?

OUI NON

3. Quelles sont les personnes que vous voyez ?

- Amis
- Professionnel
- Famille
- Voisins
- Ne voit personne

4. A quelle fréquence ?

- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Tous les 3 mois
- Tous les jours

5. Etes-vous en capacité de vous déplacer de manière autonome ?

OUI NON

6. Pourquoi vous sentez-vous isolé(e) ?

- Problème médical
- Famille éloignée
- Pas de voisin
- Moyen financier
- Méconnaissance de ce qui se fait
- Autre