

Mini-Zarit

Nom et prénom de l'aïdant : _____ Age de l'aïdant : _____

Situation vis-à-vis de la personne âgée fragile : _____ Date : _____

Evaluateur : _____

Notation : 0 = jamais, ½ = parfois, 1 = souvent

• **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) ?

	0	½	1
	↓	↓	↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?**

• **Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?**

• **Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?**

• **Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?**

SCORE TOTAL : ____ / 7

Interprétation :

