



N° de dossier :

N° de décision :

N° (s) matricule(s) :

Questionnaire sur la qualité de vie (QV)

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
------------------	----------	---------------------

Nom du médecin :	Date de l'examen :
------------------	--------------------

Le Questionnaire sur la qualité de vie vise à aider le Ministère à déterminer les effets de votre affection ou de vos affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension sur divers aspects de votre vie, notamment en ce qui a trait aux activités/tâches suivantes : la préparation des repas, les travaux ménagers et les réparations, le magasinage, l'utilisation de divers modes de transport, l'emploi, les activités récréatives et communautaires, les relations interpersonnelles avec les membres de la famille, les amis et les connaissances, les sorties sociales et familiales, et les changements sur le plan du mode de vie de la famille.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez communiquer avec un membre du personnel du Ministère ou demander à une personne de votre choix (p. ex. un membre de votre famille) de vous aider.

Vous devez remplir un formulaire pour chaque affection distincte.

Veillez indiquer l'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension ayant des effets sur votre QV :

Veillez indiquer les activités qui décrivent le mieux les effets que l'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a sur votre QV.

Activité	Oui	Oui, avec de l'équipement spécial ou de l'aide	Non	
1. Je suis capable de m'acquitter des tâches ménagères habituelles (préparer les repas, faire la lessive, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Je suis capable de magasiner/faire des courses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Je suis capable de conduire un véhicule ou d'utiliser les transports en commun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Je suis capable de remplir toutes les fonctions de mon poste habituel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Retraité
5. Je suis capable de participer activement à mes activités récréatives et communautaires habituelles et coutumières.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Je suis capable d'assumer toutes mes responsabilités familiales habituelles, y compris les sorties sociales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Je suis capable d'entretenir des relations personnelles/sociales appropriées (p. ex. membres de la famille, amis, collègues, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. (Cette question est facultative. Vous n'êtes pas obligé d'y répondre.) Mes relations sexuelles (intimes) sont maintenues.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> S.O.

Si vous avez répondu « **Non** » à l'une de ces questions, veuillez préciser.

Autres affections en cause :

Sentez-vous que les modifications de votre style de vie mentionnées dans ce questionnaire sont causées uniquement par l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension? Oui Non

Une autre affection n'ouvrant pas droit à pension/ne faisant pas l'objet de la demande a-t-elle des effets sur votre qualité de vie? Oui Non

Veillez préciser :

Les renseignements fournis sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les pensions* pour aider à la détermination du taux de la qualité de vie lequel est ajouté au taux de l'invalidité médicale pour obtenir l'évaluation d'une invalidité donnant droit à une pension d'un état indemnisé. Les renseignements sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous pouvez demander par écrit une copie de ce formulaire au Bureau du coordonnateur de l'Accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, Anciens Combattants Canada, C.P. 7700, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8M9. Ces renseignements sont conservés dans le fichiers de renseignements personnels VAC PPU 055.

Signature du client :	Date du jour :
-----------------------	----------------