

## **Qüestionari orientatiu sobre la vostra situació de dependència**

**(Per a persones amb problemes de dependència vinculats a la mobilitat)**

	Sí, sempre	Sovint	No, mai o quasi mai
Necessiteu que algú us alimenti? Sou incapaç de menjar sol/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessiteu que algú us renti o us banyi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessiteu que us vesteixin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessiteu que us arreglin (pentinar, afaitar, rentar les dents)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teniu incontinència (no teniu control) de deposició?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teniu incontinència (no teniu control) d'orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessiteu ajuda per anar al lavabo i utilitzar-lo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessiteu que us aixequin o us posin al llit o a la cadira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessiteu ajuda per desplaçar-vos i, si aneu en cadira de rodes, us han de portar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessiteu ajuda per salvar un esgló o un desnivell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cada resposta afirmativa de la columna "Sí, sempre", multipliqueu-la per 10.**

**Cada resposta afirmativa de la columna "Sovint", multipliqueu-la per 5.**

**Si teniu 70 punts o més, és possible que tingueu un alt grau de dependència (grau III).**

**Si teniu 50 punts o més, és possible que tingueu un grau moderat de dependència (grau II).**

**En qualsevol dels dos casos anteriors, seria convenient iniciar el procés de reconeixement de la dependència.**