

Groupe affilié de Nami :

État :

Date :

Groupe de soutien :

NAMI Connection

Groupe de soutien aux familles de NAMI

Autre (veuillez préciser)

1. Êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants ?

	Fortement en désaccord	Pas d'accord	Sans opinion	D'accord	Tout à fait d'accord
Le groupe de soutien m'a été utile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les animateurs du groupe de soutien communiquaient de façon efficace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le groupe de soutien m'a fourni des ressources et a utilisé ses compétences afin de m'aider à prendre les meilleures décisions concernant mes traitements ou ceux d'un de mes proches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le groupe de soutien m'a aidé(e) à comprendre que les symptômes de la maladie mentale ne définissent pas la personne porteuse de la maladie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le groupe de soutien m'a aidé(e) à comprendre que les maladies mentales sont des maladies biologiques et que personne n'est responsable de leur apparition.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le groupe de soutien m'a fourni des informations et des ressources qui m'aideront à gérer les situations de crise liées à la maladie mentale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le groupe de soutien m'a aidé(e) à avoir foi en l'avenir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Dans quelle mesure recommanderiez-vous le groupe de soutien à une autre personne ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très peu probable

Très probable

3. Comment pouvons-nous améliorer le groupe de soutien ?

4. Était-ce la première fois que vous participiez à une réunion du groupe de soutien ?

Oui	Non
-----	-----

5. Dans quelle mesure est-il probable que vous continuiez à participer à ses réunions ?

Très peu probable	Peu probable	Je ne sais pas	Probable	Très probable
-------------------	--------------	----------------	----------	---------------

6. Maintenant que vous avez participé à une réunion du groupe de soutien, quelles autres informations seraient utiles ?

7. Comment l'avez-vous connu ?

Société affiliée locale de NAMI	E-mail de la part de NAMI	Site Internet NAMI.org	Réseaux sociaux
famille ou amis	Professionnel de la santé mentale	Autre :	

8. Si vous avez indiqué « autre », veuillez préciser.

Société affiliée de Nami :

État :

Date :

Groupe de soutien :

NAMI Connection	Groupe de soutien aux familles de NAMI	Autre (veuillez préciser)
-----------------	--	---------------------------

L'ensemble des questions sont facultatives. NAMI tient à respecter votre vie privée et traite systématiquement vos données en toute confidentialité avec le degré de soin le plus élevé. Les données permettant de vous identifier ne seront jamais communiquées à des personnes extérieures à NAMI.

1. Quel âge avez-vous ? _____

2. Quel est votre code postal ? _____

3. Quel est votre race, ethnicité ou origine ? Choisissez tous les éléments qui s'appliquent

- Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska
- Asiatique
- Noir(e) ou Afro-Américain(e)
- Hispanique, Latino-Américain(e) ou d'origine espagnol
- Moyen-Orient ou Afrique du Nord
- Hawaïen(ne) ou autre Polynésien(ne)
- Blanc(he)
- Je préfère ne pas répondre
- J'utilise un autre terme : _____

4. Quel terme décrit le mieux votre identité de genre ? Choisissez tous les éléments qui s'appliquent

- Agenre
- Homme
- Non binaire, genre fluide ou non conforme au genre
- En questionnement/Je ne suis pas sûr(e)
- Transgenre
- Femme
- Je préfère ne pas répondre
- J'utilise un autre terme : _____

5. Quelle est votre orientation sexuelle ? Choisissez tous les éléments qui s'appliquent

- Asexuel(le)
- Bisexuel(le)
- Homosexuel
- Hétérosexuel(le)

- Lesbienne
- Pansexuel(le)
- Queer
- En questionnement/Je ne suis pas sûr(e)
- Je préfère ne pas répondre
- J'utilise un autre terme :

6. Avez-vous servi dans les forces armées, la réserve ou la Garde nationale ?

- Je n'ai jamais servi dans l'armée
- En service uniquement à des fins d'entraînement dans la réserve ou la Garde nationale
- Actuellement en service
- Anciennement en service et actuellement vétéran ou ancien(ne) militaire
- Je préfère ne pas répondre

7. Avez-vous difficultés causées par les problèmes physiques, mentaux ou émotionnels suivants ?

- Auditifs ou déficience auditive sévère (par exemple, la surdité)
- Visuels ou déficience visuelle sévère (par exemple, la cécité)
- Trouble de la mémoire, de la concentration ou difficultés relatives la prise de décision
- Difficultés lors de la marche, de la montée des escaliers, de l'utilisation de vos mains, de l'atteinte ou du transport d'objets ou lorsque vous les soulevez
- Difficultés lors de l'habillage, du bain ou du déplacement dans votre domicile
- Difficultés lors de la sortie de votre domicile (pour se rendre dans un magasin ou chez le médecin)
- Difficultés lors de la recherche, du maintien ou la tenue d'un emploi
- Aucun des éléments ci-dessus
- Je préfère ne pas répondre

8. Quelles difficultés, le cas échéant, rencontrez-vous lors de l'accès à des soins concernant des problèmes physiques et de santé mentale ?

- Garde d'enfants
- Inquiétudes relatives à ce que les autres penseront de moi
- Difficultés de nature financière (absence d'assurance, couverture insuffisante ou ticket modérateur)
- Transport
- Travail (impossibilité de prise de congés, etc.)
- Aucun des éléments ci-dessus
- Je préfère ne pas répondre
- En questionnement/Je ne suis pas sûr(e)
- Autre : _____