

# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.1 de 13)

**Assessment Collection Window:**

#### 83 - 120 days post-randomization (ideal = day 90)

**SDM/ LAR Can Provide Data For:**

#### Section A = ALL Parts

*Section B = ONLY Part 1 “Frailty” (Parts 2, 3, 4 = completed via patient interview ou par son mandataire / représentant en cas*

*d’inaptitude*

****

Unknown (Sélectionner cette option seulement si demandé par votre centre de recherche; arrêter le questionnaire ici)



 No **Inscrire la date du décès** (jj/mm/aaaa)

Avant son décès, le patient a t’il séjourné dans l’un des établissements suivants: *Domicile/ Maison de retraite, centre de vie assisté, soins de longue durée*



Yes Au moment du suivi, le patient avait il séjourné dans l’un des établissements suivants depuis son congé de l’hôpital?: *Domicile / RPA, centre de vie assisté, soins de longue durée, maison de retraite*





**\*La section A n’a pas à être complétée si le patient a séjourné seulement dans les établissements suivants depuis la randomisation : hôpital, centre de réadaptation, long term acute care. skilled nurse facility**

**\*\*Si le patient a séjourné dans des établissements non listés ci-haut et que vous êtes incertain s’il faut compléter la section A ou non, svp, contactez votre centre de recherche pour vous guider avant de procéder à l’évaluation.**



**Introduction**

# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.2 de 13)

“Hello **(*insert name of patient/SDM/LAR)***, my name is **(*insert name of research personnel*)**. I am calling from (***insert name of institution*)**

regarding the CYCLE research study that you participated in during your stay in the Intensive Care Unit in **(*insert ICU admission month*)**. This study is investigating the use of in-bed cycling for patients requiring a breathing machine in the ICU. I am calling you today to follow-up to see how you are doing 3 months after you began in the study. I was hoping I could speak with you for a few minutes to ask you some questions about your health and function. This should take no longer than minutes. Would that be okay?”

*If* ***yes,*** *continue with the follow-up questionnaire.*

*If* ***no,*** *ask them if there is a better time to complete the interview. Reinforce the importance of the follow-up interview (i.e. helps us to determine if the treatment you received was beneficial in the long-term, provides you with information regarding your recovery, helps us learn the best way to care for future patients in the ICU like yourself) and the timelines associated with the follow-up call. If the patient still does not want to complete the interview, thank them for their time and end the call.*

*Record who is completing the assessment (i.e. patient or SDM/ LAR) and whether or not consent was obtained. If assessment is not being completed, record the reason not done code on the following page.*

1. Assessment being completed by (check ALL):

(Si complété par le mandataire / représentant en cas d’inaptitude du patient ET avec l’aide du patient, cocher les 2 cases.)

1. Patient/SDM/LAR consents to assessment :

*If you are leaving a voicemail, ensure not to disclose PHI or breach PHIPA rules:* “Hello this message is for **(*insert name of patient)****.* My name is ***(insert name of research personnel)*** and I am calling from **(*insert name of institution)*** regarding the CYCLE research study that you have been involved in since your stay in hospital. I am calling to follow-up with you to see how you are doing since leaving the hospital and to ask you some questions. Please give me a call back at your earliest convenience. You can reach me at **(*insert phone number here*)**. Thank you.”

*If you are told that a study participant has died, express your condolences as below:* “I am very sorry to hear that **(*insert name of patient)*** has passed away. This must be a difficult time for you.” *Allow the contact to express themselves. When appropriate, ask the contact if you can continue to ask them some questions regarding the study. Complete section A of questionnaire only.* Closing the call: “Thank you very much for taking the time to talk with me. I am very sorry to hear about your loss. Take care.”

*If you are calling an alternate contact person:* “(*insert patient name)* provided your name as a person who we could call to try to reach him/her. I hope that you can help us to contact him/her.”

*If patient states they have never heard of study and don’t know why they were enrolled: Politely explain the study and why they were enrolled. Ask them for consent to continue with the assessment:* “While you were in the ICU and on a breathing machine, your family member or friend enrolled you in the CYCLE study. The CYCLE study investigates whether patients who receive routine physiotherapy and in-bed cycling while on a breathing machine in the ICU do better than those who receive routine physiotherapy only. We want to learn about how you have been doing since your discharge from the hospital. We will be asking you some

questions about your health care needs, quality of life, and physical function. Your answers to these questions will be kept confidential. Do you have any questions? Is it okay if I continue with the questionnaire?”



# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.3 de 13)

#  SECTION A: UTILIZATION

#### **SVP, compléter cette section si le patient a séjourné dans l’un des établissements suivants depuis la date de la randomisation : Domicile / RPA, centre de vie assisté, soins de longue durée, maison de retraite**



**Reason # not done**

 1 = Unable to contact patient or SDM/LAR

 2 = Patient/ SDM/ LAR does not provide consent (patient/ SDM/ LAR contacted)

 3 = Patient/ SDM/ LAR refusal (consent acquired)

 4 = Assessor perceives patient unable to perform and SDM/ LAR not available

 5 = Other (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“Firstly, I would like to ask you some questions about your health care needs and ability to return to your daily activities since being discharged from hospital. If you have information recorded on the patient log provided to you at hospital discharge it would be helpful for you to have this on hand as we go through the questions.”

|  |
| --- |
| **Part 1: Patient Disposition and Living Facilities** |
| * 1. **Où habitez-vous présentement? (Si le patient est décédé au moment du questionnaire de suivi, où vivait il avant son décès?)**
 |
|  | Unknow |  | Maison (indépendant) |  | Centre hébergement assistée (surtout indépendant) |  | Réadaptation pour patients hospitalisés |
|  |  |  | Maison (soins à domicile) |  | Maison de retraite/ soins de longue durée |  | Hôpital de soins de courte durée |
|  |  |  | Maison (aidant naturel) |  | Soins longue durée/ soins continus complexes/ soins infirmiers spécialisés |  | Autre (précisez)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | Maison retraite (indépendant) |  | Soins longue durée |  |  |
| * 1. **Statut matrimonial (sélectionner une seule case):**
 |
|  | Unknow |  | Célibataire |  | Marié ou conjoint de fait |  | Séparé ou divorcé |  | Autre (précisez):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. **Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous été admis à un établissement de soins de longue durée?**
 |
|  | Unknow |  | Non |  | Oui 🠢 Combien de jours? | ⬜⬜ | (# days) |  | Unknow |
| * 1. **Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous été admis à une maison de retraite?**
 |
|  | Unknow |  | Non |  | Oui 🠢 Combien de jours? | ⬜⬜ | (# days) |  | Unknow |
| * 1. **Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous été admis à un centre de vie assistée?**
 |
|  | Unknow |  | Non |  | Oui 🠢 Combien de jours? | ⬜⬜ | (# days) |  | Unknow |
| * 1. **Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous été admis à un établissement de soins chronique de longue durée/ soins continus complexes / soins infirmiers spécialisés?**
 |
|  | Unknow |  | Non |  | Oui 🠢 Combien de jours? | ⬜⬜ | (# days) |  | Unknow |
| * 1. **Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous été admis à un établissement de soins de longue durée aigue?**
 |
|  | Unknow |  | Non |  | Oui 🠢 Combien de jours? | ⬜⬜ | (# days) |  | Unknow |
| * 1. **Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous été admis à un centre de réadaptation pour patients hospitalisés?**
 |
|  | Unknow |  | Non |  | Oui 🠢 Combien de jours? | ⬜⬜ | (# days) |  | Unknow |
| * 1. **Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous séjourné dans un autre établissement que ceux énumérés plus haut? (centre de désintoxication par exemple)**
 |
|  | Ne sait pas  |  | Non |  | Oui (spécifier lequel) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Part 2: Emergency Room Visits and Hospitalizations |
| 2.1 Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous visité les urgences pour quelle raison que ce soit? |
| VISIT #1: |  | Unknow | Reason:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| VISIT #2: |  | Unknow | Reason:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| VISIT #3: |  | Unknow | Reason:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.4 de 13)

### 2.2 Depuis votre conge de l’hôpital, avez-vous été hospitalisé une nuit pour quelle raison que ce soit?

⬜ Unknow ⬜ Non ⬜ Oui 🠢 Combien de jours? ⬜⬜ (# days) ⬜ Unknow

[Interviewer: For each hospitalization, ask the patient the reason for the hospitalization, any major surgeries/procedures performed, where they were discharged to, admission and discharge dates (or estimated length of stay if not known), and number of days in ICU/CCU during their admission]

**ADMISSION** a. Raison ⬜ Unknow ⬜ Oui (spécifiez) 🠢

 **#1** b. Chirugie majeur/procédure⬜ Unknow ⬜ Non ⬜ Oui (spécifiez) 🠢

c. Date admission⬜ Unknow ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy)

 d. Admis ICU/soins coronarien⬜ Unknow ⬜ Non ⬜ Oui (spécifiez) 🠢 ⬜⬜ (# days) ⬜ Unknow

 e. Congé? ⬜ Non (entrer date anticipée) 🠢 ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy) ⬜ Unknow

 ⬜ Unknow ⬜ Oui 🠢 (date discharge) ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy) ⬜ Unknow

 ⮡ (endroit discharge) : ⬜ Unknow

**ADMISSION** a. Raison ⬜ Unknow ⬜ Oui (spécifiez) 🠢

 **#2** b. Chirugie majeur/procédure⬜ Unknow ⬜ Non ⬜ Oui (spécifiez) 🠢

c. Date admission⬜ Unknow ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy)

 d. Admis ICU/soins coronarien⬜ Unknow ⬜ Non ⬜ Oui (spécifiez) 🠢 ⬜⬜ (# days) ⬜ Unknow

 e. Congé? ⬜ Non (entrer date anticipée) 🠢 ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy) ⬜ Unknow

 ⬜ Unknow ⬜ Oui 🠢 (date discharge) ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy) ⬜ Unknow

 ⮡ (endroit discharge) : ⬜ Unknow

**ADMISSION** a. Raison ⬜ Unknow ⬜ Oui (spécifiez) 🠢

 **#3** b. Chirugie majeur/procédure⬜ Unknow ⬜ Non ⬜ Oui (spécifiez) 🠢

c. Date admission⬜ Unknow ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy)

 d. Admis ICU/soins coronarien⬜ Unknow ⬜ Non ⬜ Oui (spécifiez) 🠢 ⬜⬜ (# days) ⬜ Unknow

 e. Congé? ⬜ Non (entrer date anticipée) 🠢 ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy) ⬜ Unknow

 ⬜ Unknow ⬜ Oui 🠢 (date discharge) ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy) ⬜ Unknow

 ⮡ (endroit discharge) : ⬜ Unknow



# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.5 de 13)

 **Part 3: Family doctor visits**

 **3.1 Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous visité votre médecin de famille pour quelle raison que ce soit?**

 ⬜ Unknow (go to 4.1)

 ⬜ Non (go to 4.1) ⬜ Oui 🠢 Combien de fois? ⬜⬜ (# visites) ⬜ Unknow

**3.2 Est-ce que vous ressentez que les visites chez votre médecin de famille ont un lien avec votre hospitalisation aux soins intensifs d’il y a 3 mois?**

 ⬜ Unknow

 ⬜ Non ⬜ Oui 🠢 Combien de visites? ⬜⬜ (# visites) ⬜ Unknow

 **Part 4: Specialist visits**

 **4.1 Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous visité un spécialiste pour quelle raison que ce soit?**

 ⬜ Unknow (go to 5.1)

 ⬜ Non (go to 5.1) ⬜ Oui (compléter tableau ci-dessous)

[Interviewer: If yes, ask the patient about the type(s) of specialist(s), the number of visits to each, and how many of these visits were because of their admission to ICU]

 **Visité/consulté Visites Visites relié Remboursé par le**

 **hospit. ICU gouvernement/assurance**

Spécialiste Unknown Non Oui Unknown (#) Unknown (#) Unknown Non Oui

Neurologue ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Pneumologue ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Cardiologiste ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Dermatologiste ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

ORL spécialiste ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Gastroentérologue ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Physiatre (réhabilitation Doctor) ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Néphrologue ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Psychiatre ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Chirurgien ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Dentiste ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Autre: ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

Autre: ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜⬜ ⬜ ⬜ ⬜

#

# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.6 de 13)

 **Part 5: Other healthcare professinals/services**

**5.1 Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous visité tout autre professionnel de la santé ou utilisé les services mentionnés ci-dessous pour quelle raison que ce soit?**

 ⬜ Unknow (go to 6.1A)

 ⬜ Non (go to 6.1A) ⬜ Oui (compléter tableau ci-dessous)

[Interviewer: If yes, ask the patient about the type(s) of professional(s), the number of visits to each, and how many of these visits were because of their admission to ICU]





# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.7 de 13)

### Part 6: Assistance from Others (e.g. spouse, relative, friend, other caregiver)

* 1. **Depuis votre congé de l’hôpital, avez-vous eu besoin d’assistance de vos proches pour vous aider dans vos activités quotidiennes?**

 Unknown

No

 Yes

(aller à 7.1)

* 1. **Pendant combien de semaines avez-vous eu besoin d’assistance de vos proches?**

Unknown (# weeks)

* 1. **Combien d’heures pour une semaine typique avez-vous eu besoin d’assistance de vos proches?**

Unknown (# hours)

* 1. **Est-ce que votre proche aidant travail?**

 Unknown

 No

Yes

(aller à 7.1)

* 1. **Est-ce que cette personne a dû prendre congé du travail?**

 Unknown

 No

Yes

(aller à 7.1)

* 1. **Combien de jours cette personne a dû prendre congé du travail?**

Unknown (# days)



# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.8 de 13)

 **Part 7: Employment status and time-off-work from paid employment**

 **7.1A** **Combien d’heures par semaine travaillez-vous?**

 ⬜ Unknow ⬜⬜ (# hours)

 **7.1B Avant votre admission aux soins intensifs il y a 3 mois, lequels des énoncés suivants reprensait le mieux votre statut d’emploi/activité?**

 ⬜ Unknow 1. ⬜ Travaillait à temps plein (>35 heures/semaine)

 2. ⬜ Travaillait à temps partiel (<35 heures/semaine)

 **🠢 Si 1 ou 2 go to Q7.2**

 3. ⬜ Employé mais en arrêt maladie ou inapte au travail (long terme)

 4. ⬜ Recherchait un emploi / entre 2 emplois

 5. ⬜ Étudiant à l’école

 6. ⬜ Homme / Femme à la maison

 7. ⬜ Retraité

 8. ⬜ Autres :

 **🠢 Si 3 à 8 la section A est complétée (do not complete 7.2 to 7.4)**

**7.2 Si vous travaillez temps plein/ temps partiel avant votre admission aux soins intensifs, combien d’heures par semaine travaillez- vous dans une semaine typique?**

 ⬜ Unknow ⬜⬜ (# hours)

 **7.3 Avez-vous retourné travailler depuis votre admission aux soins intensifs il y a 3 mois?**

 ⬜ Unknow ⬜ Non 🠢 (Section A est complétée)

 ⬜ Oui 🠢 (aller à 7.4)

 **7.4 Quelle est la date de votre retour au travail ou nombre de semaines après le congé de l’hôpital que le patient est retourné au travail?**

 ⬜ Unknow ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜(dd/mm/yyyy)

 **OR**

 ⬜⬜ (# weeks)

**FIN de la SECTION A**

**\*\*Cesser le questionnaire ici si le patient est décédé durant son séjour hospitalier selon the index admission\*\***

**Passer à la Section B si le patient est vivant au moment du questionnaire de suivi**

#

# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.9 de 13)

# SECTION B: PATIENT REPORTED OUTCOMES

## SVP, compléter cette section si le patient est vivant lors du questionnaire de suivi

*\*Cette section doit être complétée par le patient ou son mandataire/représentant en cas d’inaptitude AVEC la participation du patient. Exception : la section de « score de fragilité clinique » peut être complétée par le mandataire/représentant en cas d’inaptitude seulement.*

**Reason # not done**

1. (Intentionally omitted) 5. Patient or Proxy refusal 9. (Intentionally omitted)

2. (Intentionally omitted) 6. Assessment missed 10. (Intentionally omitted)

3. (Intentionally omitted) 7. Cognitive issue - patient too sedated/agitated 11. Other assessment prioritized

4. (Intentionally omitted) 8. Cognitive issue - patient unable to follow commands 12. Other (specify)

 **Part 1: Clinical Frailty Scale**

 [Interviewer: Ask the patient questions as necessary to discern their level of frailty based on the scale below. The following are some questions that may help clarifthe

 patient’s health status, level of activity, and functional status]

 **2.1 Avez-vous besoin d’aide pour effectuer les activités suivantes?**

 ⬜ Prendre votre bain (si oui, niveau d’aide?) ⬜ Vous habillez (si oui, niveau d’aide?) ⬜ Déplacement (Transport)

 ⬜ Fermer / ouvrir lumière de la maison ⬜ Travaux lourd de la maison ⬜ Gérer vos finances

 ⬜ Activités extérieurs ⬜ Prendre vos médicaments ⬜ Préparer vos repas

 **2.2 Avez-vous eu des symptômes de maladie tout au long de la journée? (douleur, maux de tête, etc.)**

 ⬜ Non ⬜ Oui 🠢 Les symptômes ont-ils limités vos activités ou causé un ralentissement ou de la fatigue durant la journée? ⮡ ⬜ Non ⬜ Oui

 **2.3 Comment vous débrouillez vous avez les escaliers?**

 **2.4 À quelle fréquence faites-vous de l’exercice?**

⬜ Régulièrement ⬜ Occasionnellement / en saison ⬜ Pas régulièrement au-delà de la marche de routine

 **2.5 Vous sentez vous plus en former que les autres personnes de votre âge?**

 ⬜ Non ⬜ Oui

[Interviewer: please select the highest score from the descriptions below from 1 to 9. If the patient has characteristics from higher descriptors, then please report the highest score.]



# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.10 de 13)

## Cette section peut être complétée par le mandataire/représentant en cas d’inaptitude seulement, le patient seulement ou le patient AVEC son mandataire/représentant en cas d’inaptitude.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⬜⬜ Reason #  not done(specify) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **FRAILTY SCORE** ⬜ **(1-9)** |  | **5. Légèrement fragiles :** **Le ralentissement est apparent**, et ces personnes ont besoin d’aide pour les **activités normales de la vie quotidienne** (finances, transport, gros ménage, médicaments). Les personnes légèrement fragiles pourraient avoir des difficultés à sortir seules pour faire leurs courses ou se promener, à préparer leurs repas et à faire leur ménage.  |
|  | **1. En très bonne forme :** Des gens robustes, actifs, énergiques et motivés, faisant régulièrement de l’exercice et très en forme pour leur âge. |  | **6. Modérément fragiles :**Des personnes ayant besoin d’aide pour **tout** ce qui a rapport aux **activités à l’extérieur** et au **ménage**. À la maison, elles ont souvent **du mal à monter et descendre les escaliers**, elles ont besoin d’**aide pour se laver** et elles pourraient avoir besoin d’accompagnement pour s’habiller. |
|  | **2. En forme :** **Sans symptômes de maladie active**, mais en moins bonne forme que les gens de la catégorie 1. Souvent, ils font de l’exercice ou sont très **actifs à l’occasion**, p. ex*.,* de manière saisonnière.  |  | **7. Très fragiles :** Dépendance totale dans la plupart, voire toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour s’habiller ou se nourrir. |
|  | **3. En santé :**Leurs symptômes pathologiques sont bien contrôlés, mais les personnes de cette catégorie ne font aucun exercice régulier à part marcher au quotidien. |  | **8. Extrêmement fragiles :** Dépendance totale, patients en phase terminale. En général, les personnes de cette catégorie ne peuvent se remettre d’une affection même mineure. |
|  | **4. Vulnérables :** **Sans dépendre** d’autrui dans la vie quotidienne, ces personnes présentent des **symptômes qui limitent souvent leurs activités**. Elles se plaignent d’être « **ralenties** » ou **fatiguées pendant la journée**.  |  | **9. Phase terminale :** En fin de vie. Cette catégorie s’applique aux personnes ayant une espérance de vie de **moins de 6 mois**, qui sont évidemment fragile. |
|  |  |  |  |
| **Scoring frailty in people with dementia:** The degree of frailty corresponds to the degree of dementia.Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.In **severe dementia**, they cannot do personal care without help. |
| *Copyright © Dr. Kenneth Rockwood; The Clinical Frailty Scale – CFS ©. All rights reserved. Reprinted with permission* |
|  |
|  |



# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.11 de 13)

# *\*Cette section ne doit être complétée que par le patient ou son mandataire/représentant en cas d’inaptitude AVEC la participation du patient.*

**Part 2: EQ-5D**

“The next section of this questionnaire focuses on quality of life.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. EQ-5D: Descriptive system: Today’s perception** |  | **2. EQ-5D: Visual Analogue Scale: Today’s perception** |
| ⬜⬜ Reason # not done (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | ⬜⬜ Reason # not done (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Instructions:** Read the 5 descriptions from each heading to the patient ‘’Under each heading, tick ONE box that best describes your health TODAY’’ |  |  | **Instructions**: Read to the following to the patient: ‘’We would like to know how good or bad your health is TODAY. Picture a scale numbered from 0 to 100. 100 means the best health you can imagine. 0 means the worst health you can imagine. Where on this scale would you place your health today?’’ |  |
| **MOBILITY** |  |  |  |  |
| Je n’ai aucun problème à marcher | ⬜ |  |  |  |
| J’ai de légers problèmes pour marcher | ⬜ |  |  |  |
| J’ai des problèmes modérés à marcher | ⬜ |  |  |  |
| J’ai de graves problèmes pour marcher | ⬜ |  | YOUR HEALTH SCORE TODAY |  |
| Je suis incapable de marcher | ⬜ |  | ⬜⬜⬜ |  |
| **SELF-CARE** |  |  |  |  |
| Je n’ai aucun problème pour me laver et m’habiller | ⬜ |  |  |  |
| J’ai de légers problèmes pour me laver et m’habiller | ⬜ |  |  |  |
| J’ai des problèmes modérés pour me laver et m’habiller | ⬜ |  |  |  |
| J’ai de graves problèmes pour me laver et m’habiller | ⬜ |  |  |  |
| Je suis incapable de me laver et de m’habiller | ⬜ |  |  |  |
| **USUAL ACTIVITIES** (e.g. work, study, housework, family or leisure activities) |  |  |  |  |
| Je n’ai aucun problème pour effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |
| J’ai de légers problèmes pour effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |
| J’ai des problèmes modérés pour effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |
| J’ai de graves problèmes pour effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |
| Je suis incapable d’effectuer mes activités habituelles | ⬜ |  |  |  |
| **PAIN / DISCOMFORT** |  |  |  |  |
| Je n’ai pas de douleur ou d’inconfort | ⬜ |  |  |
| J’ai de légères douleurs ou inconforts**Reason # not done**1. Ax merged with other assessment form/ other timepoint (complete q# 1B)
2. Patient did not pass cog. Screen. Prior to ICU discharge (alive to discharge)
3. Patient died prior to reaching timepoint
4. Goals of care changed to palliative
5. Patient or proxy refusal
6. Assessment missed
7. Cognitive issue – patient too sedated/agitated
8. Cognitive issue – patient unable to follow commands
9. Assessor perceives patient unable to perform due to safety concerns (e.g. physiological or physical)
10. Assessor perceives that patient is likely able to but has limitation such as pain, lines, amputation, fatigue, etc.
11. Other assessment prioritized
12. Other (specify)
 | ⬜ |  |  |
| J’ai des douleurs ou inconforts modérées | ⬜ |  |  |
| J’ai de graves douleurs ou inconforts | ⬜ |  |  |
| J’ai des douleurs ou inconforts extrêmes | ⬜ |  |  |
| **ANXIETY / DEPRESSION** |  |  |  |
| Je ne suis pas anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |
| Je suis légèrement anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  |  |  |  |
| Je suis moyennement anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  |  |  |  |
| Je suis gravement anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  |  |  |  |
| Je suis extrêmement anxieux ou dépressif | ⬜ |  |  |  |  |  |  |



# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.12 de 13)

## \*Cette section ne doit être complétée que par le patient ou son mandataire/représentant en cas d’inaptitude AVEC la participation du patient.

**Part 3: Hospital anxiety and depression scale**

⬜⬜ Reason # not done (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“I will now read some statements and replies to you that relate to anxiety and depression. For each statement, please let me know which reply is the closest to how you have been feeling in the past week.”

[Interviewer: Tick the box beside the patient’s response for each question. See the scoring instructions below. The patient will receive a separate score for each Depression and Anxiety]

|  |
| --- |
| **Hospital Anxiety (A) and Depression (D) Scale (HADS)** |
| **STATEMENT** | **D** | **A** | **0** | **D** | **A** | **1** | **D** | **A** | **2** | **D** | **A** | **3** |  |
| 1. Je me sens tendu
 |  |  | Pas du tout |  |  | Occasionnellement d’une fois à l’autre |  |  | Très souvent |  |  | Presque tout le temps |  |
| 1. J’apprécie toujours les choses que j’aimais
 |  |  | Définitivement autant |  |  | Pas autant |  |  | Juste un peu |  |  | Difficilement |  |
| 1. Je ressens une sorte de peur comme si quelque chose de terrible allait arriver
 |  |  | Pas du tout |  |  | Un peu, mais ça ne me préoccupe pas |  |  | Oui, mais pas si pire |  |  | Oui, vraiment et plutôt terrible |  |
| 1. Je peux rire et voir le côté amusant
 |  |  | Autant que j’ai toujours pu |  |  | Plus autant maintenant |  |  | Définitivement moins souvent |  |  | Pas du tout |  |
| 1. Des pensées inquiétantes me traversent l’esprit
 |  |  | Seulement occasionnellement |  |  | Une fois à l’autre, mais peu souvent |  |  | Plusieurs fois |  |  | Beaucoup de fois |  |
| 1. Je me sens joyeux
 |  |  | Presque tout le temps |  |  | Des fois |  |  | Pas souvent |  |  | Pas du tout |  |
| 1. Je peux m’asseoir à l’aise et me sentir détendu
 |  |  | Définitivement |  |  | Habituellement |  |  | Pas souvent |  |  | Pas du tout |  |
| 1. J’ai l’impression de ralentir
 |  |  | Pas du tout |  |  | Des fois |  |  | Très souvent |  |  | Presque tout le temps |  |
| 1. Je ressens une sorte de peur ‘’papillons dans l’estomac’’
 |  |  | Pas du tout |  |  | Occasionnellement |  |  | Quand même souvent |  |  | Très souvent |  |
| 1. J’ai perdu tout intérêt pour mon apparence
 |  |  | Je prends toujours autant soins |  |  | Je ne prends peut-être pas autant attention |  |  | Je ne prends pas autant soins que je devrais |  |  | Absolument |  |
| 1. Je suis agité car je dois être en mouvement
 |  |  | Pas du tout |  |  | Pas vraiment |  |  | Quand même beaucoup |  |  | Très souvent en effet |  |
| 1. J’attends avec plaisir les choses
 |  |  | Autant que jamais  |  |  | Plutôt moins qu’à l’habitude  |  |  | Définitivement moins qu’à l’habitude |  |  | À peine du tout |  |
| 1. Je ressens soudain la panique
 |  |  | Pas du tout |  |  | Pas vraiment souvent |  |  | Quand même souvent |  |  | Très souvent en effet |  |
| 1. Je peux profiter d’un bon livre, la radio ou la télévision
 |  |  | Souvent |  |  | Des fois |  |  | Pas souvent |  |  | Très rarement |  |
| SCORING |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SUM |
| DEPRESSION TOTAL : | ⬜⬜ X 0 = 00 | ⬜⬜ X 1 = ⬜⬜ | ⬜⬜ X 2 = ⬜⬜ | ⬜⬜ X 3 = ⬜⬜ | ⬜⬜ |
| ANXIETY TOTAL : | ⬜⬜ X 0 = 00 | ⬜⬜ X 1 = ⬜⬜ | ⬜⬜ X 2 = ⬜⬜ | ⬜⬜ X 3 = ⬜⬜ | ⬜⬜ |

**Scoring Instructions:** Add up the number of checkmarks in each vertical column and write the total on the blank line at the bottom of that column. Multiply each column’s total by the corresponding score for that column (0, 1, 2, or 3) and write this in the blank box. Add up the total of the boxes horizontally across each row to determine the separate total scores for both depression and anxiety

**(0-7 = Normal ; 8-10 = Borderline Abnormal ; 11-21 = Abnormal)**



# 90 DAY FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE (Formulaire RC 4.13 de 13)

## \* Cette section ne doit être complétée que par le patient ou son mandataire/représentant en cas d’inaptitude AVEC la participation du patient.

### Part 4: Patient-Reported Functional Scale - ICU

 ⬜⬜ Reason # not done (specify) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“I’m going to ask you about how well you think you can do 6 activities **today**, compared to your ability to do them before your ICU admission. Picture a scale from 0 to 10. 10 means you can do the activity as well as you could before your ICU admission. 0 means you are unable to do this activity now.”

*[Interviewer: Read the activities from 1-6 and record patient’s score in the provided box. If the patient reports the activity is not relevant to them, please state, “If you are not doing this now, do you imagine you would have any difficulty?]*

****

 **END SECTION B**