



| CADRE RESERVE À L'ADMINISTRATION | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Numéro du thérapeute | | | Numéro du centre | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| Numéro du patient | | | Phase d'évaluation | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | | |
| Date | | | F Première séance de la prise en charge D Pendant la prise en charge L Dernière séance de la prise en charge | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | Nombre de séances | | |
| Jour Mois Année | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | | | (première séance = 001) | | |

MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE COMMENCER

Ce questionnaire comporte 18 énoncés concernant votre état général au cours des sept derniers jours. Veuillez lire chaque proposition et cocher la case correspondant le mieux à ce que vous avez ressenti au cours des sept derniers jours.

Au cours des sept derniers jours

| | Pas du tout | Rarement | De temps en temps | Souvent | Tout le temps ou presque | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 1 Je me suis sentie terriblement seule et isolée | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 2 J'ai eu des difficultés à m'endormir ou à rester endormie | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 3 J'ai envisagé mon avenir avec confiance | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | W |
| 4 J'ai vraiment manqué d'énergie et d'enthousiasme | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 5 J'ai pensé à un plan précis pour mettre fin à mes jours | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |
| 6 J'ai été gênée par des douleurs ou d'autres problèmes physiques | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 7 J'ai été satisfaite de ce que j'ai fait | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 8 Parler aux autres m'a paru trop difficile | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 9 Je me suis sentie bien dans ma peau | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | W |
| 10 La nervosité et l'anxiété m'ont empêchée de faire des choses importantes | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 11 J'ai été perturbée par des pensées et des sentiments non désirés | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |
| 12 Je me suis sentie dépassée par mes problèmes | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | W |
| 13 J'ai eu le sentiment d'avoir quelqu'un vers qui me tourner en cas de besoin | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 14 J'ai eu envie de pleurer | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | W |
| 15 J'ai menacé/intimidé quelqu'un | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | R |
| 16 J'ai pu faire la plupart des choses que je devais faire | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | F |
| 17 J'ai eu l'impression de ne pas avoir d'ami | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | F |
| 18 J'ai pensé que je ne pouvais m'en prendre qu'à moi-même pour mes problèmes et mes difficultés | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | P |

| Réservé à l'usage du personnel | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Scores totaux | <input style="width: 100%;" type="text"/> ↓ | + <input style="width: 100%;" type="text"/> ↓ | + <input style="width: 100%;" type="text"/> ↓ | + <input style="width: 100%;" type="text"/> ↓ | = <input style="width: 100%;" type="text"/> → <input style="width: 100%;" type="text"/> ↓ |
| Scores moyens (Score total pour chaque dimension/ domaine divisé par le nombre de réponses dans cette dimension.) | (W) | (P) | (F) | (R) | Tous les énoncés Tous les énoncés moins R |