



**GP-CORE**

**CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Code d'identification

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Homme ☐

Femme ☐

Autre ☐

Date

--	--

Jour

--	--

Moi

--	--	--	--

Année

Âge

--	--	--

**MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE COMMENCER**

Ce questionnaire comporte 14 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 de tout	Rarement	De temps en temps	Souvent	Tout le temps ou presque
1 Je me suis sentie tendue, anxieuse ou nerveuse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 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
3 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
4 Je me suis sentie capable de faire face en cas de difficultés	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 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
6 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
7 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
8 J'ai ressenti de la tendresse ou de l'affection pour quelqu'un	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 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
10 J'ai eu l'impression d'être critiquée par d'autres personnes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Je me suis sentie malheureuse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 J'ai été irritable en compagnie d'autres personnes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 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
14 J'ai accompli ce que je voulais faire	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE**

Score total:

⇒ ⇒ ⇒

Score moyen:

(Le score total divisé par le nombre d'items complétés à condition que 13 ou les 14 items aient été complétés. Ne calculez pas les scores si plusieurs items sont omis.)