



Réservé à l'usage du personnel

Numéro du thérapeute

Numéro du patient

Date

Jour Mois Année

Phase d'évaluation

F Première séance de la prise en charge
D Pendant la prise en charge
L Dernière séance de la prise en charge

Nombre de séances (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 senti tendu, anxieux ou nerveux	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
2 Je me suis senti bien dans ma peau	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
3 J'ai été perturbé par des images mentales ou des souvenirs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
4 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	<input type="checkbox"/> F
5 Je me suis senti humilié par les autres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
6 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	<input type="checkbox"/> W
7 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	<input type="checkbox"/> F
8 Il m'a été impossible de mettre mes problèmes de côté	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 J'ai été physiquement violent envers les autres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Je me suis senti désespéré ou inutile	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
11 J'ai eu l'impression d'être critiqué par d'autres personnes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
12 Je me suis senti 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	<input type="checkbox"/> F
13 Je me suis senti malheureux	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 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	<input type="checkbox"/> F
15 Je me suis senti dépassé par mes problèmes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
16 J'ai été paniqué ou terrifié	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
17 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	<input type="checkbox"/> W
18 Je me suis fait du mal physiquement ou j'ai mis ma santé en danger	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

Réservé à l'usage du personnel

Scores totaux

+ + + = →

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