



GP-CORE

Code d'identification

Age

Date

Jour

Moi

Année

M

F

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

		<i>Pas de tout</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Tout le temps ou presque</i>
1	Je me suis senti(e) tendu(e), anxieux(se) ou nerveux(se)	<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 senti(e) 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 senti(e) 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 gêné(e) 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 satisfait(e) 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 endormi(e)	<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 critiqué(e) 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 senti(e) malheureux(se)	<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.)