



CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Numéro du thérapeute <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Numéro du centre <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Numéro du patient <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Phase d'évaluation <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> F Première séance de la prise en charge D Pendant la prise en charge L Dernière séance de la prise en charge
Date <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Jour Mois Année	Nombre de séances (première séance = 001) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

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

	<i>Pas du 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 terriblement seul et isolé	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 J'ai eu des difficultés à m'endormir ou à rester endormi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> R
6 J'ai été gêné 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	<input type="checkbox"/> P
7 J'ai été satisfait 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> F
9 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
10 La nervosité et l'anxiété m'ont empêché 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	<input type="checkbox"/> P
11 J'ai été perturbé 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	<input type="checkbox"/> P
12 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
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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> P

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Scores totaux

<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	+	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	+	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	+	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	=	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>	→	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
↓		↓		↓		↓		↓		↓
<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>		<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
(W)		(P)		(F)		(R)		Tous les énoncés		Tous les énoncés moins R

Scores moyens
(Score total pour chaque dimension/ domaine divisé par le nombre de réponses dans cette dimension.)