



CORE-OM

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION									
Numéro du patient					Âge			Homme <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>					<input type="text"/>			Femme <input type="checkbox"/>	
Date					Phase d'évaluation			Autre <input type="checkbox"/>	
Jour		Moi		Année			Phase		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Numéro du thérapeute					S <input type="checkbox"/> Dépistage			Série de traitements n°	
<input type="text"/>					R <input type="checkbox"/> Adressé par			<input type="text"/>	
Numéro du centre					A <input type="checkbox"/> Evaluation				
<input type="text"/>					F <input type="checkbox"/> Première séance de la prise en charge				
					P <input type="checkbox"/> Avant la prise en charge				
					D <input type="checkbox"/> Pendant la prise en charge				
					L <input type="checkbox"/> Dernière séance de la prise en charge				
					X <input type="checkbox"/> Suivi 1				
					Y <input type="checkbox"/> Suivi 2				

MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE COMMENCER

Ce questionnaire comporte 34 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 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 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
3 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
4 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
5 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
6 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
7 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
8 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
9 J'ai pensé à me faire du mal	<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 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
11 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
12 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
13 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
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

Continuer à la page suivante

Au cours des sept derniers jours

Pas du tout
Rarement
De temps en temps
Souvent
Tout le temps ou presque

CAHIER DES CHARGES
ADMINISTRATIF

15	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
16	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
17	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
18	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
19	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
20	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
21	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
22	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
23	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
24	J'ai pensé que ce serait mieux si j'étais mort	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	R
25	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
26	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
27	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
28	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
29	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
30	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
31	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
32	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
33	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
34	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

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE

Scores totaux

Scores moyens

(Score total pour chaque catégorie divisé par le nombre d'items complétés dans cette catégorie)

<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"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	(Tous les items)	(Moins le score Risque)