

Date: _____

Nom: _____ Âge: _____ Date de naissance: _____
jour mois année

Adresse électronique: _____ Assurance maladie _____

Numéro de téléphone à domicile: _____ au travail: _____

Veuillez lire chaque énoncé et encercler le chiffre 0, 1, 2 ou 3 qui décrit le mieux vos sentiments ou réactions au cours de la journée. Effectuez le sous-total de chaque section, puis le total des sections A à C et C à E. Certaines questions pourront vous sembler redondantes d'une section à une autre. Il y a une raison pour chacune d'elles. Ne passez pas trop de temps sur une question donnée.

0 = jamais vrai 1 = rarement vrai 2 = parfois vrai 3 = souvent vrai

Lorsque je suis stressé(e) pendant deux semaines ou plus ...

Section A:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Je suis crispé(e) quand je suis fatigué(e) et j'ai de la difficulté à me calmer..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. J'ai l'air motivé(e) et énergique mais je me sens "brûlé(e)" et épuisé(e)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Je me sens impatient(e), agité(e), anxieux(se) et inquiet(e)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Je me sens facilement envahi(e) par l'émotion | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Je me sens émotif(ive) – je pleure facilement ou je ris mal à propos..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. J'éprouve des palpitations ou je sens mon coeur battre à grands coups..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Je me sens essoufflé(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Je suis constipé(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Je me sens chaud(e)m brûlant(e) et déshydraté(e)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. J'ai la bouche douloureuse or la langue sensible | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. J'ai de brusques bouffées de chaleur..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Je dors moins de sept heures par nuit | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. J'ai de la difficulté à m'endormir et à rester endormi(e)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. J'ai peur de faire de la haute pression, du cholestérol et des triglycérides | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. J'oublie de manger et j'ai peu d'appétit | 0 | 1 | 2 | 3 |

Points totaux: _____

Section B:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Je me fais du mauvais sang à propos de tout et de rien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Je me sens inquiet(e) et ne peux pas m'empêcher de l'être | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Je me sens impulsive(ive), refoulé(e) et prêt(e) à exploser | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. J'éprouve des spasms musculaires | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Je me sens agressif(ive), rigide ou inflexible quand je suis pressé(e) par le temps | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Je vois, j'entends et je sens des choses que les autres ne perçoivent pas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Je reste éveillé(e) à me repasser les événements de la journée ou à planifier
le lendemain | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. J'ai des pensées ou des images contrariantes qui me reviennent sans cesse en tête | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. J'ai de la difficulté à m'arrêter de refaire sans cesse les même choses comme vérifier
ou réarranger des objets sans arrêt | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Je m'inquiète des choses terribles qui pourraient arriver si je ne fais pas attention..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

Points totaux: _____

Section C

1. J'ai mal aux muscles et aux articulations0 1 2 3
2. J'éprouve une faiblesse musculaire0 1 2 3
3. J'ai besoin de sel ou d'aliments salés0 1 2 3
4. Plusieurs points de mon corps deviennent sensibles ou douloureux au toucher0 1 2 3
5. J'ai des cernes sombres sous les yeux.....0 1 2 3
6. J'éprouve une soudaine sensation d'anxiété quand j'ai faim0 1 2 3
7. J'utilise des médicaments contre la douleur0 1 2 3
8. Je me sens étourdi(e) au lever ou lorsque je me relève après avoir été à genou0 1 2 3
9. Sans raison, j'ai la diarrhée ou des nausées avec ou sans vomissement0 1 2 3
10. J'ai des maux de tête0 1 2 3

Points totaux: _____

Section D

1. J'ai de la difficulté à organiser mes pensées0 1 2 33
2. Je suis facilement distrait(e) et déconcentré(e).....0 1 2 3
3. J'ai de la difficulté à prendre des décisions et je me méfie de mon jugement0 1 2 3
4. Je me sens déprimé(e) et apathique0 1 2 3
5. Je manqué de motivation et d'énergie pour rester au travail et être attentif(ive).....0 1 2 3
6. J'oublie tout0 1 2 3
7. Je me sens perturbé(e), impatient(e) et anxieux(se)0 1 2 3
8. Je me sens fatigué(e) et peu reposé(e) au réveil0 1 2 3
9. J'éprouve des brûlures d'estomac et des indigestions0 1 2 3
10. J'attrape facilement un rhume or une infection0 1 2 3

Points totaux: _____

Section E

1. Je me sens fatigué(e) sans raison apparente0 1 2 3
2. J'éprouve une légère fatigue presistante après un exercice ou une activité physique0 1 2 3
3. J'ai de la difficulté à me concentrer sur une tâche et à la terminer0 1 2 3
4. Je me sens déprimé(e) at apathique0 1 2 3
5. Je sens que mes mains, mes pieds ou mon corps entier sont froids ou glacés sans raison apparente0 1 2 3
6. Je n'ai aucun désir sexuel ou peu0 1 2 3
7. J'ai spontanément des sueurs durant la journée0 1 2 3
8. Je fais de la rétention de fluides et je me sens gonflé(e)0 1 2 3
9. Je dors plus de neuf heures par nuit0 1 2 3
10. J'ai peu de tonus musculaire0 1 2 3
11. J'ai de la difficulté à perdre du poids0 1 2 3
12. Je suis fatigué(e) au réveil même si je semble avoir eu beaucoup de sommeil0 1 2 3
13. Je n'ai aucune énergie et je me sens faible physiquement0 1 2 3
14. Je suis sujet(te) aux rhumes et à la grippe0 1 2 3
15. Je me sens affaibli(e) par de nombreux symptôms, comme une mauvaise digestion et des douleurs au corps0 1 2 3

Points totaux: _____

Additionnez les points des sections A, B, et C

Totale des sections A, B et C _____

Additionnez les points des sections C, D et E

Totale des sections C, D et E _____

Style de vie et état de santé:

1. Sur une échelle de 1 à 10 (où 10 est le plus intense), encerclez le niveau de stress que vous éprouvez:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Que considérez-vous comme la principale cause de votre stress (par exemple: conjoint, famille, amis, travail, finances, mariage, grossesse, affaire juridique, déplacement):
