

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Vous allez passer un examen de médecine préventive.

L'objet de ce questionnaire est d'obtenir un aperçu de votre état de santé et de fournir au médecin des informations à ce sujet.

Le principe de la médecine préventive est de *détecter* les problèmes de santé ; toutefois leur prise en charge et leur traitement sont du ressort de votre médecin traitant. C'est pourquoi nous vous suggérons de lui faire parvenir une copie du dossier que vous recevrez à l'issue de l'examen.

Veillez soigneusement compléter ce questionnaire chez vous, et le rapporter le jour de votre examen, nous sommes conscients que ceci représente un effort parfois important et un travail souvent associé à des recherches dans vos archives médicales personnelles. Ce volet de votre bilan de santé est pourtant essentiel lors de votre premier examen dans notre centre, lors de vos visites ultérieures, ce travail vous sera grandement simplifié.

EN CAS D'EXPATRIATION

- ✓ **Complétez soigneusement le volet « vaccination » de ce questionnaire !!!!!**
- ✓ **Quel est le pays de destination ou de séjour ?**
- ✓ **Combien de temps allez-vous séjourner dans ce(s) pays ?**
- ✓ **Bénéficiez-vous d'un traitement prophylactique contre la malaria ?**
- ✓ **Une visite médicale de contrôle est-elle prévue lors de votre retour périodique ou définitif de votre séjour en expatriation ?**

Nom :
Nom d'épouse :
Prénoms :
Sexe :
Adresse :
Téléphone privé :
Téléphone bureau :
Adresse email :
Date de naissance :
Nationalité :
Employeur :
Profession :
Médecin traitant (nom et adresse) :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Degré de parenté	Age (ou âge du décès)	Etat de santé - maladie	âge au début de la maladie	Si décès, cause de la mort
Père				
Mère				
Frère 1				
Frère 2				
Sœur 1				
Sœur 2				
<i>Famille paternelle :</i> Grand-père Grand-mère Oncle 1 Oncle 2 Tante 1 Tante 2				
<i>Famille maternelle :</i> Grand-père Grand-mère Oncle 1 Oncle 2 Tante 1 Tante 2				

En particulier, pensez à :

- Mort subite
- Infarctus du myocarde (crise cardiaque)
- Angine de poitrine (insuffisance coronarienne ayant nécessité un traitement particulier)
- Artérite (affection des artères)

- Accident cérébral (« attaque » ou thrombose)
- Hypertension artérielle
- Diabète de type 1 (survenant à un âge jeune, injections d'insuline)
- Diabète de type 2 (tardif, traitement oral)
- Goutte (acide urique)
- Cancer : seins – prostate – intestins/côlon – poumons – estomac – mélanome/peau - autre
- Glaucome
- Surdité ou malentendant de naissance
- Hyperthyroïdie – hypothyroïdie
- Asthme
- Affection auto-immune (polyarthrite rhumato ide, lupus)
- Problème de coagulation
- Troubles mentaux, suicide

ANTECEDENTS PERSONNELS MEDICAUX

Avez-vous souffert de/ou été hospitalisé(e) pour :
(cochez les cases adéquates et précisez l'année)

En quelle année ?

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une affection pulmonaire (asthme, bronchite chronique) <input type="checkbox"/> Une affection ORL (nez, gorge, oreille) <input type="checkbox"/> Une affection cardiaque <input type="checkbox"/> Une affection vasculaire (artérite, thrombophlébite, embolie ...) <input type="checkbox"/> Une affection neurologique (migraine, épilepsie) <input type="checkbox"/> Une affection gastro-intestinale <input type="checkbox"/> Une affection rénale ou urinaire (prostate, vessie, calcul) <input type="checkbox"/> Une affection hépatique <input type="checkbox"/> Une affection endocrinienne (diabète, thyro�ide <input type="checkbox"/> Une affection infectieuse <input type="checkbox"/> Une affection ostéoarticulaire (fracture, lésion ligamentaire, musculaire, articulaire) <input type="checkbox"/> Une affection hématologique (anémie, maladie du sang <input type="checkbox"/> Une affection ophtalmologique (glaucome, cataracte) <input type="checkbox"/> Des malformations cong�nitaless <input type="checkbox"/> Ganglions lymphatiques <input type="checkbox"/> Troubles mentaux <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà subi une incapacité de travail supérieure à 15 jours ? <input type="checkbox"/> Avez-vous été traité(e) par <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> chimiothérapie <input type="radio"/> rayons <input type="radio"/> hormones <input type="checkbox"/> Avez-vous été victime d'un accident ? <input type="checkbox"/> Vous a-t-on signalé une anomalie lors d'un check-up antérieur ? <input type="checkbox"/> Avez-vous séjourné dans des pays tropicaux ? Lesquels ? <input type="checkbox"/> Autres : 	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANTECEDENTS PERSONNELS CHIRURGICAUX

Avez-vous été opéré(e) pour :

En quelle année ?

(cochez les cases adéquates et précisez l'année)

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Une affection pulmonaire<input type="checkbox"/> Une affection ORL (nez, gorge, oreille)<input type="checkbox"/> Une affection cardio-vasculaire (cœur, artères, veines ...)<input type="checkbox"/> Une affection neurologique<input type="checkbox"/> Une affection gastro-intestinale (appendice, foie, vésicule)<input type="checkbox"/> Une affection rénale ou urinaire (prostate, vessie ...)<input type="checkbox"/> Une affection endocrinienne (thyroïde)<input type="checkbox"/> Une affection orthopédique ou traumatique<input type="checkbox"/> Une affection ophtalmologique (chirurgie réfractive, cataracte, glaucome....)<input type="checkbox"/> Des malformations congénitales<input type="checkbox"/> Autres :	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

(cochez les cases adéquates, précisez éventuellement l'année ou répondez à la question posée)

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Age des premières règles ?<input type="checkbox"/> Combien de grossesses avez-vous eues (fausse couche et interruption de grossesse éventuelles incluses) ?<input type="checkbox"/> Age lors de la première grossesse ?<input type="checkbox"/> Les grossesses ont-elles été normales ?<input type="checkbox"/> En quelle(s) année(s) avez-vous accouché ?<input type="checkbox"/> Les accouchements ont-ils été normaux ?<input type="checkbox"/> Utilisez-vous un moyen de contraception : pilule – stérilet sans hormones – stérilet avec hormones – ligature de trompes – préservatif – autre ?<input type="checkbox"/> Les règles sont-elles<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> normales<input type="radio"/> irrégulières<input type="radio"/> abondantes<input type="radio"/> longues<input type="checkbox"/> Quelle est la date<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> de vos dernières règles ?<input type="radio"/> de votre dernière mammographie ?<input type="radio"/> de votre dernier frottis gynécologique ?<input type="checkbox"/> A quel âge avez-vous été ménopausée ?<input type="checkbox"/> Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement hormonal de substitution et pendant combien de temps ?<input type="checkbox"/> Avez-vous souffert et/ou été hospitalisée et/ou été opérée d'une affection gynécologique ?	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ALLERGIES

Avez-vous déjà présenté une réaction allergique ?

(cochez les cases adéquates)

Remarques

<p><input type="checkbox"/> médicamenteuse</p> <p><input type="checkbox"/> alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> respiratoire</p> <p><input type="checkbox"/> rhume allergique</p> <p><input type="checkbox"/> cutanée</p> <p><input type="checkbox"/> piqûres d'insecte</p> <p><input type="checkbox"/> œdème de Quincke</p> <p><input type="checkbox"/> autres :</p> <p><input type="checkbox"/> Avez-vous déjà subi des tests allergiques ?</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

TRAITEMENTS ET MEDICATION

Quels médicaments prenez-vous régulièrement ?

Nom	Dose (mg)	Nb de prise par jour	Depuis quand ?

Quels médicaments prenez-vous occasionnellement ?

Nom	Dose (mg)	Nb de prise par jour	Depuis quand ?

En particulier, pensez à :

- somnifères
- tranquillisants ?
- antidépresseurs ?
- antihypertenseurs ?
- médication pour le cœur ?
- médication pour la digestion ?
- contraception ?
- compléments alimentaires (vitamine D, calcium) ?

Recevez-vous d'autres types de traitements ?

Remarques

(cochez les cases adéquates)

<input type="checkbox"/> kinésithérapie <input type="checkbox"/> ostéopathie <input type="checkbox"/> port de bas de contention <input type="checkbox"/> appareils auditifs <input type="checkbox"/> semelles orthopédiques <input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> dispositif de traitement des apnées du sommeil (CPAP) <input type="checkbox"/> autre dispositif médical ?	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Quels vaccins avez-vous reçus ? ou mieux : apportez votre carte de vaccination !!!!

<i>Type</i>	<i>Date de la dernière dose</i>	<i>Nombre total de doses</i>
Tétanos		
Diphtérie		
Coqueluche		
Pneumocoques		
Grippe		
Hépatite A		
Hépatite B		
Polio		
Méningite A,C,W,Y		
Fièvre typhoïde		
Rage		
Fièvre jaune		
Autres :		

HYGIENE DE VIE

(cochez les cases adéquates et donnez les détails)

Réponses

Fumez-vous ? cigarettes – cigares – cigarillos – pipe – cannabis

- combien de cigarettes par jour et depuis combien de temps
- avez-vous déjà arrêté de fumer ?

Pratiquez-vous des activités physiques régulières ?

- lesquelles ?
- combien d'heures par semaine au total ?

Alimentation :

- Consommez-vous des produits laitiers ? plusieurs fois par jour – 1x par jour - occasionnellement
- Combien de portions de 100gr de fruits et/ou légumes par jour ?
- Consommez-vous du poisson ? plusieurs fois par semaine – 1x par semaine – occasionnellement
- Combien de fois consommez-vous de la viande rouge ou de la charcuterie par semaine ?
- Combien de verres ou de tasses de boissons caféinées (café, thé, cola) par jour ?
- Combien de verres de boissons alcoolisées ? par jour – par semaine – occasionnellement
- Suivez-vous un régime alimentaire ?
 - ◇ Pauvre en cholestérol
 - ◇ Pauvre en sucre
 - ◇ Végétarien
 - ◇ Végétalien
 - ◇ Pauvre en sel

Présentez-vous une intolérance alimentaire confirmée par des tests médicaux ?

- Intolérance au lactose
- Intolérance au gluten
- Autres :

INTERROGATOIRE GENERAL

(cochez les cases adéquates et donnez les détails)

Commentaire

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vous considérez-vous en mauvaise santé ?<input type="checkbox"/> Dormez-vous mal ?<input type="checkbox"/> Ressentez-vous une fatigue inhabituelle ou inexplicable ?<input type="checkbox"/> Avez-vous maigri ou grossi ? de combien de kg et en combien de temps ?<input type="checkbox"/> Vous plaignez vous d'inappétence ?<input type="checkbox"/> Avez-vous parfois de la température sans raison apparente ?<input type="checkbox"/> Avez-vous des douleurs inexplicables ?<input type="checkbox"/> Transpirez-vous anormalement ?<input type="checkbox"/> Vous sentez-vous plus irritable ?<input type="checkbox"/> Utilisez-vous (avez-vous utilisé) des drogues ?<input type="checkbox"/> Travaillez-vous à temps partiel ?<input type="checkbox"/> Vous sentez-vous isolé socialement ?<input type="checkbox"/> Avez-vous un hobby ?	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

SYSTEME CARDIOCIRCULATOIRE ET PULMONAIRE

(cochez les cases adéquates et donnez les détails)

Commentaire

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Etes-vous à court de souffle<ul style="list-style-type: none">◇ au repos ?◇ à l'effort ?◇ la nuit ?◇ après les repas ?<input type="checkbox"/> Ressentez-vous une oppression ou une douleur dans la poitrine ?<input type="checkbox"/> Ressentez-vous des palpitations ?<input type="checkbox"/> Avez-vous régulièrement des gonflements de pieds ?<input type="checkbox"/> Ressentez-vous une douleur dans les jambes à la marche ?<input type="checkbox"/> Les jambes sont-elles lourdes ?<input type="checkbox"/> Avez-vous des varices ?<input type="checkbox"/> Les doigts sont-ils régulièrement blancs, bleus ou douloureux ?<input type="checkbox"/> Toussez-vous régulièrement, avec ou sans expectorations (couleur ou présence de sang) ?<input type="checkbox"/> Votre respiration est-elle parfois sifflante ?	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

SYSTEME DIGESTIF

(cochez les cases adéquates, précisez éventuellement la date et donnez les détails)

Commentaire

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Avez-vous régulièrement mal au ventre ?<input type="checkbox"/> Avez-vous des nausées, des vomissements ?<input type="checkbox"/> Avez-vous des problèmes de digestion ?<ul style="list-style-type: none">○ lourdeur○ ballonnements, gaz<input type="checkbox"/> Souffrez-vous de reflux (« brûlant ») ? à quelle fréquence ?<input type="checkbox"/> Avez-vous des problèmes avec les selles ?<ul style="list-style-type: none">◇ constipation – diarrhées – en alternance◇ irrégulières ?◇ sanglantes ?◇ noires ?◇ autre aspect inhabituel ?<input type="checkbox"/> Souffrez-vous d'hémorroïdes ?<input type="checkbox"/> Quelle est la date de votre dernière colonoscopie et le résultat ?	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

SYSTEME URO-GENITAL

(cochez les cases adéquates et donnez les détails éventuels)

Commentaire

<p><u>Pour les hommes :</u></p> <p>Concernant la prostate :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> avez-vous déjà eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?<input type="checkbox"/> avez-vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?<input type="checkbox"/> avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?<input type="checkbox"/> avez-vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ?<input type="checkbox"/> avez-vous eu une diminution du volume urinaire ou de la force du jet d'urine ?<input type="checkbox"/> avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?<input type="checkbox"/> combien de fois par nuit, en moyenne, vous levez-vous pour uriner ? <p>Les testicules sont-ils</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> douloureux ?<input type="checkbox"/> indurés ?<input type="checkbox"/> changé de volume ?	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Autres problèmes ? <input type="checkbox"/> Avez-vous un problème au niveau du pénis ? <input type="checkbox"/> Avez-vous constaté du sang dans les urines ?	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	Commentaire
<p><u>Pour les femmes :</u></p> <input type="checkbox"/> Combien de fois par nuit, en moyenne, vous levez-vous pour uriner ? <input type="checkbox"/> Avez-vous constaté du sang dans les urines ? <input type="checkbox"/> Perdez-vous du sang entre les règles ? <input type="checkbox"/> Les seins sont-ils douloureux avant les règles ? <input type="checkbox"/> Avez-vous constaté un écoulement au niveau des seins ? <input type="checkbox"/> Avez-vous constaté la présence d'un nodule au niveau des seins, ou des aisselles ? <input type="checkbox"/> Avez-vous des pertes vaginales anormales (odeur, couleur) ? <input type="checkbox"/> Les rapports sexuels sont-ils douloureux ou problématiques ? <input type="checkbox"/> Avez-vous des problèmes de la vulve (prurit, ulcération) <input type="checkbox"/> Avez-vous des infections urinaires récidivantes ? <input type="checkbox"/> Avez-vous des fuites ou des urgences urinaires ?	

SYSTEME NEUROLOGIQUE

(cochez les cases adéquates et donnez les détails)

	Commentaire
<input type="checkbox"/> Etes-vous sujet(te) aux vertiges ? <input type="checkbox"/> Etes-vous sujet(te) aux syncopes (perte de connaissance)? <input type="checkbox"/> Avez-vous des picotements dans les membres ? <input type="checkbox"/> Avez-vous constaté une perte de sensibilité ? <input type="checkbox"/> Avez-vous constaté une perte de force musculaire ? <input type="checkbox"/> Tremblez-vous ? <input type="checkbox"/> Avez-vous des troubles : <ul style="list-style-type: none"> ○ de l'équilibre ? ○ de la parole ? ○ de la mémoire ? <input type="checkbox"/> Souffrez-vous de maux de tête ? <ul style="list-style-type: none"> ○ fréquence ○ apparition récente ou phénomène connu ○ associés à d'autres symptômes (nausées, vomissements, gêné(e) par la lumière, gêné(e) par le bruit) ? 	

APPAREIL LOCOMOTEUR

(cochez les cases adéquates et donnez les détails)

	Commentaire
<input type="checkbox"/> Souffrez-vous de douleurs articulaires ou raideurs matinales ? <input type="checkbox"/> Souffrez-vous de douleurs au dos ? <input type="checkbox"/> Souffrez-vous de douleurs à la nuque ? <input type="checkbox"/> Etes-vous sujet(te) aux fractures ? <input type="checkbox"/> Avez-vous des crampes musculaires ?	

O.R.L

	Commentaire
<input type="checkbox"/> Audition : <ul style="list-style-type: none">○ Avez-vous des bourdonnements, acouphènes ?○ Remarquez-vous une baisse de l'ouïe ? <input type="checkbox"/> Avez-vous des problèmes aux oreilles (écoulements) ? <input type="checkbox"/> Saignez-vous fréquemment du nez ? <input type="checkbox"/> Avez-vous un écoulement nasal chronique ? <input type="checkbox"/> Avez-vous un problème de lèvres, bouche, langue, gorge ? <input type="checkbox"/> Avez-vous noté l'apparition d'une voix rauque ? <input type="checkbox"/> Avez-vous un problème de déglutition ? <input type="checkbox"/> Ronflez-vous avec ou sans apnées ?	

DERMATOLOGIE

	Commentaire
<input type="checkbox"/> Etes-vous suivi régulièrement par un dermatologue ? A quelle fréquence ? <input type="checkbox"/> Avez-vous un problème de peau ? <input type="checkbox"/> Avez-vous une tache de naissance ou un grain de beauté qui se sont récemment modifiés ? <input type="checkbox"/> Perdez-vous des cheveux ? <input type="checkbox"/> Avez-vous facilement des éruptions, des démangeaisons ?	

OPHTALMOLOGIE

(cochez les cases adéquates et donnez les détails)

	Commentaire
<p><input type="checkbox"/> Souffrez-vous de</p> <ul style="list-style-type: none">◇ Myopie◇ Hypermétropie◇ Astigmatisme◇ Presbytie <p><input type="checkbox"/> Votre vue nécessite-t-elle une correction :</p> <ul style="list-style-type: none">◇ Laquelle : Lunettes – lentilles - autre◇ Combien de dioptries : œil gauche : _____ œil droit : _____ <p><input type="checkbox"/> Ressentez-vous une tension, une douleur aux yeux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Vos yeux picotent-ils ?</p> <p><input type="checkbox"/> Votre vue a-t-elle récemment baissé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Votre vision des couleurs est-elle anormale ?</p>	

SYSTEME HEMATO IMMUNITAIRE

	Commentaire
<p><input type="checkbox"/> Saignez-vous facilement ?</p> <ul style="list-style-type: none">○ Saignements de nez○ Saignements des gencives <p><input type="checkbox"/> Avez-vous noté l'apparition récente de ganglions ?</p> <p><input type="checkbox"/> Avez-vous déjà présenté une carence en fer ou de l'anémie ?</p> <p><input type="checkbox"/> Avez-vous déjà donné ou reçu du sang ?</p>	

Echelle de stress perçu (PSS 10)

Ce test est l'instrument le plus utilisé et le plus simple pour évaluer la perception de chaque individu face au stress. Le résultat n'a, en aucun cas, valeur de diagnostic médical. Il permet de récolter certains renseignements quant à l'opportunité de modifier des aspects de votre mode de vie privée ou professionnelle et, le cas échéant, chercher une aide médicale ou psychothérapeutique.

Ce test ne peut pas vous prendre beaucoup de temps. Répondez rapidement et **le plus spontanément possible**. Les questions traitent de votre ressenti au cours du **dernier mois**.

Cochez la case qui correspond le mieux à votre ressenti, au cours du <u>dernier mois</u>	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et stressé(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>