

QUESTIONNAIRE

Prénom : Age : ans

Date : / /

Femme O / Homme O

CONSIGNES – Au cours de la semaine dernière, en incluant aujourd’hui, avez-vous ressenti les choses suivantes ?

	Pas du tout	Peu	Modérément	Sévèrement
1. Sensation d’engourdissement ou de picotement---	-1-	-2-	--3--	---4---
2. Bouffées de chaleur-----	-1-	-2-	--3--	---4---
3. « Jambes molles », tremblements dans les jambes	-1-	-2-	--3--	---4---
4. Incapacité de se détendre-----	-1-	-2-	--3--	---4---
5. Crainte que le pire n’arrive-----	-1-	-2-	--3--	---4---
6. Etourdissement ou vertiges-----	-1-	-2-	--3--	---4---
7. Battements cardiaques marqués-----	-1-	-2-	--3--	---4---
8. Manque d’assurance dans les mouvements (perte d’équilibre)-----	-1-	-2-	--3--	---4---
9. Terreur-----	-1-	-2-	--3--	---4---
10. Nervosité-----	-1-	-2-	--3--	---4---
11. Impression d’étouffer-----	-1-	-2-	--3--	---4---
12. Tremblements des mains-----	-1-	-2-	--3--	---4---
13. Tremblements-----	-1-	-2-	--3--	---4---
14. Peur de perdre le contrôle-----	-1-	-2-	--3--	---4---
15. Respiration difficile-----	-1-	-2-	--3--	---4---
16. Peur de mourir-----	-1-	-2-	--3--	---4---
17. Sensation de peur-----	-1-	-2-	--3--	---4---
18. Indigestion ou malaise abdominal-----	-1-	-2-	--3--	---4---
19. Sensation d’évanouissement-----	-1-	-2-	--3--	---4---
20. Rougissement du visage-----	-1-	-2-	--3--	---4---
21. Transpiration (non lié à la chaleur)-----	-1-	-2-	--3--	---4---