

Nature des événements stressants

**Dans le tableau suivant, différents événements de vie seront énumérés. Si votre patient a été confronté à certains de ces événements ou s'il l'est encore, veuillez les cocher et indiquer à quel point ces événements sont perturbants pour votre patient.**

**Retentissement :**

Pas du tout	<b>0</b>	Modérément	<b>3</b>
Minimum	<b>1</b>	Sévèrement	<b>4</b>
Légerement	<b>2</b>	Très sévèrement, extrêmement	<b>5</b>

A) VIE CONJUGALE									
1) Décès	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
2) Séparation, divorce	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
3) Interruption de la vie conjugale <i>(par exemple, hospitalisation du conjoint ...)</i>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
4) Difficultés relationnelles, mésentente, disputes avec le conjoint	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
5) Autres conflits conjugaux (précisez : _____ )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
B) VIE FAMILIALE									
1) Décès d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
2) Accident ou maladie grave dans la famille	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
3) Séparation d'avec la famille, éloignement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
4) Problèmes ou disputes avec les enfants	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
5) Problèmes ou disputes avec les petits-enfants	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
6) Mariage d'un membre de la famille	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
7) Naissance dans la famille	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
8) Autres événements familiaux (précisez : _____ )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
C) VIE SOCIALE									
1) Départ à la retraite	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
2) Modification importante du statut social	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
3) Décès d'un ami proche	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
4) Isolement <i>(par exemple, ne pas voir suffisamment de gens)</i>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
5) Subir un préjudice <i>(par exemple, procès, conflits ...)</i> , agression	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
6) Autres difficultés de la vie sociale (précisez : _____ )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
D) SANTE, BIEN-ÊTRE									
1) Maladie ou blessure grave <i>(fracture du col du fémur ...)</i> nécessitant ou non un traitement à l'hôpital	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
2) Accident <i>(chute, accident de la voie publique)</i>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
3) Agression	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
4) Absence d'aide en cas de besoin	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
5) Baisse des capacités physiques et de la santé en général <i>(par exemple, difficultés à dormir et se reposer, trouble de l'appétit, effets secondaires à des médicaments ...)</i>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
6) Handicap visuel ou auditif important	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
7) Difficultés à s'exprimer	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
8) Autres problèmes de santé (précisez : _____ )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	

<b>Retentissement :</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>0</b>	<b>Modérément</b>	<b>3</b>
	<b>Minimum</b>	<b>1</b>	<b>Sévèrement</b>	<b>4</b>
	<b>Légalement</b>	<b>2</b>	<b>Très sévèrement, extrêmement</b>	<b>5</b>

E) AUTONOMIE									
1) Dépendance	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
2) Planifier et préparer le repas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
3) Faire le ménage	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
4) Faire les courses	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
5) Prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
6) Gérer ses finances	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
7) Conduite automobile ou utiliser seul les moyens de transport	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
8) Autres difficultés liées à l'autonomie (précisez : _____ )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
F) MILIEU DE VIE									
1) Déménagement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
2) Changements de voisins	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
3) Ne pas avoir suffisamment ou avoir trop d'espace pour vivre	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
4) Placement en institution	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
5) Insécurité du quartier	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
6) Le bruit	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
7) Le trafic	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
8) Autres difficultés liées au milieu de vie (précisez : _____ )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
G) ACTIVITE ET LOISIRS									
1) Avoir trop de temps à sa disposition	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
2) Avoir trop de travail	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
3) Ne pas avoir suffisamment de loisirs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
4) S'occuper d'un animal domestique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
5) Autres difficultés liées aux activités et aux loisirs (précisez : _____ )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
H) FINANCES									
1) Diminution ou augmentation significative des revenus	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
2) S'inquiéter au sujet d'un remboursement ou de l'obtention d'un emprunt	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
3) Problèmes avec la Sécurité Sociale, les Impôts...	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
4) Ne pas avoir suffisamment d'argent (logement, alimentation, soins de santé, habillement, transport, divertissements, besoins personnels ...)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	
5) Autres difficultés financières (précisez : _____ )	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, préciser le retentissement	0	1	2	3	4	5	