

Nom : Prénom :

Date :

ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ DES TROUBLES

Précisez la perception de vos symptômes en vous situant sur une échelle d'évaluation.
Mettez une croix sur la ligne de 10 cm entre les deux propositions opposées.

Exemple :

Je me sens bien Je ne me sens pas
du tout bien

X

La position de la croix sur le trait horizontal montre que la personne se sent beaucoup plus mal que bien.

Merci de préciser comment vous vous sentez pour les échelles suivantes :

- Intensité des troubles motivants la Consultation :

Ces troubles ne me
gênent pas du tout

Ces troubles me
gênent beaucoup

- Qualité du Sommeil :

Mon sommeil est
mauvais

Mon sommeil est
excellent

- Qualité de l'éveil pendant la Journée :

Je suis somnolent(e)
dans la journée

Je suis bien éveillé(e)
dans la journée
