

- 1 - Introduction
- 2 - Maux de tête
- 3 - Habitudes alimentaires
- 4 - Sensations et sentiments
- 5 - Commentaires

ATTENTION : SI VOUS N'AVEZ JAMAIS EU DE MIGRAINE, IL EST IMPORTANT QUE VOUS RÉPONDIEZ TOUT DE MÊME À CE QUESTIONNAIRE (CELA NE VOUS PRENDRA ALORS QUE QUELQUES SECONDES).

Le questionnaire que nous vous proposons ici a été élaboré pour mieux connaître les liens qui pourraient exister entre nutrition et maux de tête. Ces informations sont très importantes car elles permettront aux chercheurs de mieux comprendre les déterminants d'origine nutritionnelle de la migraine et les déterminants de la typologie spécifique de cette maladie (chronique et épisodique). Ceci permettra à terme une amélioration et un affinement des recommandations nutritionnelles au niveau de la population.

Comme tous les questionnaires NutriNet-Santé, ce questionnaire n'a aucune visée commerciale.

Merci beaucoup pour le temps que vous consacrerez au remplissage de ce questionnaire !

Suite >

Si vous avez des maux de tête, Veuillez répondre à l'ensemble des questions suivantes.

- 1 - Introduction
- 2 - Maux de tête
- 3 - Habitudes alimentaires
- 4 - Sensations et sentiments
- 5 - Commentaires

Maux de tête

Avez-vous déjà eu des maux de tête ?

Oui Non

À quel âge avez-vous commencé à souffrir de maux de tête ?

- 0 - 12 ans
- 13 - 17 ans
- 18 - 25 ans
- 26 - 39 ans
- 40 - 55 ans
- 56 ans ou plus tard
- Je ne me souviens pas

Avez-vous un membre de votre famille au premier degré (père, mère, sœur, frère, enfants) qui souffre de maux de tête ?

Oui Non

Est-ce que vous pouvez différencier plusieurs types de maux de tête ?

Oui Non

Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours, en moyenne par mois, avez-vous eu mal à la tête ?

jours

Indiquez la durée, en nombre de jours, de vos maux de tête les plus sévères :

jours

Indiquez la durée, en nombre de jours, de vos maux de tête les moins sévères :

jours

Quelque fois un mal de tête est associé à certains phénomènes, comme des troubles visuels ou un engourdissement de certaines parties du corps, particulièrement au début des crises. Avez-vous ressenti de tels troubles appelés « aura » (fourmillements, engourdissements, picotements, perte de sensation ou anesthésie) ?

Oui Non

Si oui, Veuillez déterminer le trouble qui décrit le mieux vos auras

Lequel des troubles énoncés décrit le mieux vos auras ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Troubles visuels
- Troubles sensitifs, picotements
- Fourmillements
- Engourdissements
- Difficulté à parler
- Perte de sensation ou anesthésie
- Difficulté à bouger une partie de votre corps
- Autre

Précisez :

Caractères restants

Avez-vous déjà présenté ces phénomènes d'aura sans maux de tête ?

Oui Non

Combien de temps, en minutes, ces phénomènes d'aura durent-ils en moyenne ?

minutes

À quelle fréquence présentez-vous ces phénomènes d'aura (avec ou sans mal de tête) ?

- Jamais ou moins d'une fois par an
- Une fois par an
- Une fois tous les 6 mois
- Une fois tous les 3 mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

Lorsque vous avez mal à la tête, à quelle fréquence avez-vous ces phénomènes d'aura ?

- Jusqu'à 25%
- Jusqu'à 50%
- Jusqu'à 75%
- 100%

Par rapport à vos maux de tête les plus sévères, lesquels des énoncés suivants décrivent le mieux vos douleurs et autres symptômes ? Mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

	Jamais	Rarement	Souvent
La douleur prédomine d'un seul côté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douleur est bilatérale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douleur est pulsatile, battante ou lancinante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douleur la plus intense se situe autour d'un œil et/ou sur le front et/ou une tempe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douleur est de type « pression » ou « serrement »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douleur est d'intensité modérée ou sévère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douleur est aggravée par des activités de routine comme marcher ou monter des escaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez des nausées ou des maux d'estomac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez des vomissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La lumière vous dérange (plus que quand vous n'avez pas de maux de tête)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le bruit vous dérange (plus que quand vous n'avez pas de maux de tête)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les odeurs vous dérangent (plus que quand vous n'avez pas de maux de tête)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous vous sentez agité(e) et avez une envie urgente de vous déplacer lorsque vous avez des maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douleur siège toujours du même côté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quand vous avez mal à la tête, l'œil est rouge et pleure du même côté que la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prenez-vous des médicaments pour traiter vos maux de tête ?

Oui Non

Si oui, Veuillez spécifier le traitement

Lequel ou lesquels ?

Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Nom du traitement

Antalgiques non spécifiques

Doliprane, Dafalgan, Efferalgan, Paracétamol	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/> Nombre de jours par mois
Aspirine, Aspégic, Claragine	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, Veuillez préciser le nombre de jours par mois
Nurofen, Spifen, Advil, Nureflex, Upfen, Spedifen, Ibuprofène	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Apranax, Naproxen	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Profénid, Bi-profénid, Toprec, Kétoprofène	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Migpriv	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Lamaline (paracétamol, opium, caféine)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Antalgiques codéiné - Migralgine, Prontalgine, Novacétol, Claradol codéiné, Dafalgan codéiné, Klipal codéiné	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Antalgiques à base de tramadol - Topalgic, Contramal, Ixprim, Zaldiar	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Acupan (injectable)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Autres médicaments	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/> Nombre de jours par mois

Précisez :

Antimigraineux spécifiques

Zomig, Zomigoro (zolmitriptan)	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/> Nombre de jours par mois
Tigreat, Isimig (frovatriptan)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, Veuillez préciser le nombre de jours par mois
Relpax (élétriptan)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Almogran (almotriptan)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Maxalt, Maxalt Iyo (rizatriptan)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Naramig (naratriptan)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Imigrane cp, Sumatriptan (sumatriptan)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Imigrane spray nasal (sumatriptan)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Imiject, Imigrane injectable (sumatriptan)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Gynergène caféiné (ergotamine et caféine)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Diergospray (dihydroergotamine)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Dihydroergotamine (injectable)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Autres médicaments prescrits	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="text"/> Nombre de jours par mois

Précisez :

Combien de temps en moyenne vos maux de tête les plus sévères durent-ils ?

jours

Quand vous prenez vos médicaments, les maux de tête les plus sévères durent :

- Moins de 15 minutes
- De 15 minutes à 2 heures
- De 2 à 4 heures
- De 4 à 12 heures
- De 12 à 24 heures
- De 1 à 3 jours
- De 3 jours à une semaine
- Plus d'une semaine
- Je ne sais pas, je vais généralement me coucher
- Je ne suis pas capable de répondre

Lorsque vous ne prenez pas vos médicaments, les maux de tête les plus sévères durent ?

- Moins de 15 minutes
- De 15 minutes à 2 heures
- De 2 à 4 heures
- De 4 à 12 heures
- De 12 à 24 heures
- De 1 à 3 jours
- De 3 jours à une semaine
- Plus d'une semaine
- Je ne sais pas, je vais généralement me coucher
- Je ne suis pas capable de répondre

Avez-vous pris un traitement des crises pour vos maux de tête (un des traitements dans la liste ci-dessous) plus de 10 jours par mois au cours de 3 derniers mois ?

- Oui Non

Combien de jours, en moyenne par mois, avez-vous pris ce(s) traitement(s) au cours de 3 derniers mois ?

jours

Traitement des crises

Antalgiques non spécifiques

Doliprane, Dafalgan, Efferalgan, Paracétamol
Aspirine, Aspégic, Claragine
Nurofen, Spifen, Advil, Nureflex, Upfen, Spedifen, Ibuprofène
Apranax, Naproxen
Profénid, Bi-profénid, Toprec, Kétoprofène
Migpriv
Lamaline (paracétamol, opium, caféine)
Antalgiques codéiné - Migralgine, Prontalgine, Novacétol, Claradol codéiné, Dafalgan codéiné, Klipal codéiné
Antalgiques à base de tramadol - Topalgic, Contramal, Ixprim, Zaldiar
Acupan (injectable)

Antimigraineux spécifiques

Zomig, Zomigoro (zolmitriptan)
Tigreat, Isimig (frovatriptan)
Relpax (élétriptan)
Almogran (almotriptan)
Maxalt, Maxalt Iyo (rizatriptan)
Naramig (naratriptan)
Imigrane cp, Sumatriptan (sumatriptan)
Imigrane spray nasal (sumatriptan)
Imiject, Imigrane injectable (sumatriptan)
Gynergène caféiné (ergotamine et caféine)
Diergospray (dihydroergotamine)
Dihydroergotamine (injectable)

Au cours des 5 dernières années, comment ont évolué en moyenne vos maux de tête les plus sévères ?

- Je n'ai pas eu de maux de tête dans les 5 dernières années
- Mes maux de tête n'ont pas changé
- Mes maux de tête sont plus fréquents maintenant
- Mes maux de tête sont moins fréquents maintenant
- Mes maux de tête sont plus douloureux maintenant
- Mes maux de tête sont moins douloureux maintenant
- J'ai plus souvent des auras maintenant
- J'ai moins souvent des auras maintenant

Prenez-vous, actuellement, un (des) traitement(s) de prévention tous les jours ?

Oui Non

Lequel ou lesquels ? Cocher la (les) case(s) correspondant à votre réponse.

Traitements préventifs

Depakine, Depakote (valproate de sodium)	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pour empêcher un mal de tête <input type="radio"/> Pour une autre raison
Epitomax (topiramate)	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, Veuillez déterminer la raison.
Neurontin (gabapentine)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Antidépresseur tricyclique (ex. Laroxyl, Elavil [amitriptyline], Anafranil [nortriptyline])	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
IRS (ex. Deroxat [paroxétine], Prozac [fluoxétine], Zoloft [sertraline])	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Effexor (venlafaxine), duloxétine (Cymbalta)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avlocardyl (propranolol)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Lopressor, Seloken (metoprolol)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Tenormine (atenolol)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Isoptine (verapamil)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Sibélium (flunarizine)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Vidora (indoramine)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Sanmigran (pizotifène)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Nocertone (oxétorone)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Desernil (méthysergide)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Ikaran, Seglor (dihydroérgotamine)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Millepertuis	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Magnésium, Cœnzyme Q10, Vitamine B2 (riboflavine)	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Contraception/Traitement de substitution	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Autres traitements hormonaux	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Toxine botulique	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Acupuncture	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pour empêcher un mal de tête <input type="radio"/> Pour une autre raison
Relaxation	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non	
Autre traitement(s) - antimigraineux, antidépresseurs, antiépileptiques, hypotenseurs/cardiologique, ...	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Par rapport à vos maux de tête, pensez-vous qu'il s'agit de migraines ?

Oui Non

La migraine a été diagnostiquée par :

- Un médecin généraliste
- Un neurologue
- Un ophtalmologue
- Un otorhinolaryngologiste (ORL)
- Un gynécologue
- Un autre professionnel de santé

À quel âge a été diagnostiquée la migraine ?

ans

Au cours des 3 derniers mois, du fait de vos maux de tête/migraines :

Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou les cours si vous êtes étudiant(e)) ?

jours

Pendant combien de jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?

jours

Pendant combien de jours, n'avez-vous pas pu faire convenablement vos activités ménagères habituelles ?

jours

Pendant combien de jours votre capacité de faire vos tâches ménagères a été réduite de plus de 50% ?

jours

Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire face à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?

jours

[← Précédent](#) | [Suite →](#)

- 1 - Introduction
- 2 - Maux de tête
- 3 - Habitudes alimentaires**
- 4 - Sensations et sentiments
- 5 - Commentaires

Habitudes alimentaires

Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires en raison de vos maux de tête/céphalées/migraines ?

Oui Non

Fumez-vous actuellement ?

Oui Non

◀ Précédent | Suite ▶

Si vous avez modifié vos habitudes alimentaires, répondre à l'ensemble des questions suivantes

- 1 - Introduction
- 2 - Maux de tête
- 3 - Habitudes alimentaires**
- 4 - Sensations et sentiments
- 5 - Commentaires

Habitudes alimentaires

Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires en raison de vos maux de tête/céphalées/migraines ?

Oui Non

Cette modification était-elle à la suite de :

- Conseil d'un médecin, généraliste, diététicien...
- Volonté personnelle
- Conseillée par un proche
- Autre

Précisez :

Comment avez-vous modifié votre comportement alimentaire :

Diminution des graisses

Oui Non

Cette diminution des graisses était-elle efficace ?

Oui Non

Diminution de l'alcool :

Oui Non

Cette diminution de l'alcool était-elle efficace ?

Oui Non

Diminution de la caféine (café, thé) :

Oui Non

Cette diminution de la caféine était-elle efficace ?

Oui Non

Diminution des fromages :

Oui Non

Cette diminution des fromages était-elle efficace ?

Oui Non

Diminution de la charcuterie :

Oui Non

Cette diminution de la charcuterie était-elle efficace ?

Oui Non

Diminution du chocolat :

Oui Non

Cette diminution du chocolat était-elle efficace ?

Oui Non

Diminution des aliments contenant du soja :

Oui Non

Cette diminution des aliments contenant du soja était-elle efficace ?

Oui Non

Autre :

Oui Non

Précisez :

rr

Cette modification était-elle efficace ?

Oui Non

Fumez-vous actuellement ?

Oui Non

Avez-vous modifié vos habitudes vis-à-vis du tabac en raison de vos maux de tête/céphalées/ migraines ?

Oui Non

Comment avez-vous modifié votre comportement vis-à-vis du tabac ?

Je fume moins :

Oui Non

Cette modification était-elle efficace ?

Oui Non

Je ne fume plus :

Oui Non

Cette modification était-elle efficace ?

Oui Non

Autre :

Oui Non

Précisez :

rr

Cette modification était-elle efficace ?

Oui Non

Fumez-vous actuellement ?

Oui Non

Avez-vous modifié vos habitudes vis-à-vis du tabac en raison de vos maux de tête/céphalées/ migraines ?

Oui Non

Comment avez-vous modifié votre comportement vis-à-vis du tabac ?

Je fume moins :

Oui Non

Cette modification était-elle efficace ?

Oui Non

Je ne fume plus :

Oui Non

Cette modification était-elle efficace ?

Oui Non

Autre :

Oui Non

Précisez :

rr

Cette modification était-elle efficace ?

Oui Non

Selon vous, certains aliments que vous consommez vous déclenchent-ils une migraine ?

Oui Non

Lequel ou lesquels ?

rr

◀ Précédent | Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Maux de tête
- 3 - Habitudes alimentaires
- 4 - Sensations et sentiments**
- 5 - Commentaires

Sensations et sentiments

Un certain nombre de phrases souvent utilisées pour décrire des sensations sont citées ci-dessous. Indiquez celles qui correspondent le mieux à ce que vous ressentez **en ce moment**, et qui traduisent le mieux **vos sensations actuelles**.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens calme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis tendu(e), crispé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens surmené(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens tranquille, bien dans ma peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens content(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens effrayé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens à mon aise (je me sens bien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que j'ai confiance en moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens nerveux(se), irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens indécis(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis décontracté(e), détendu(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis inquiet(e), soucieux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Un certain nombre de phrases souvent utilisées pour décrire des sensations sont citées ci-dessous. Indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sensations habituelles. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens nerveux(se) et agité(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens content(e) de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai un sentiment d'échec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens reposé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai tout mon sang-froid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'inquiète à propos de choses sans importance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens heureux(se)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai des pensées qui me perturbent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je manque de confiance en moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends facilement des décisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis une personne posé(e), solide, stable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diverses questions vous sont présentées ci-dessous. Elles concernent vos sensations et pensées pendant **le mois qui vient de s'écouler**. Bien que certaines questions soient proches, il y a des différences entre elles, et chacune doit être considérée comme une question indépendante des autres. Indiquez la **réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité** parmi les 5 modalités de réponses proposées. Mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

Au cours du dernier mois...

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
Avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
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"/>

◀ Précédent | Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Maux de tête
- 3 - Habitudes alimentaires
- 4 - Sensations et sentiments
- 5 - Commentaires**

Commentaires

Si vous n'avez pas de commentaires, merci de valider définitivement votre questionnaire.

En revanche, si vous pensez que votre situation n'est prise en compte que partiellement dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous préciser ci-dessous les informations supplémentaires qui nous permettront de mieux traiter vos réponses :

500 Caractères restants

Si vous avez besoin d'une aide pour remplir ce questionnaire, merci de cliquer sur la rubrique **NOUS CONTACTER** et de nous préciser vos difficultés : nous vous enverrons une réponse dans les plus brefs délais vous permettant de terminer et de valider votre questionnaire.

MERCI.

◀ Précédent | Enregistrer en brouillon | Valider définitivement