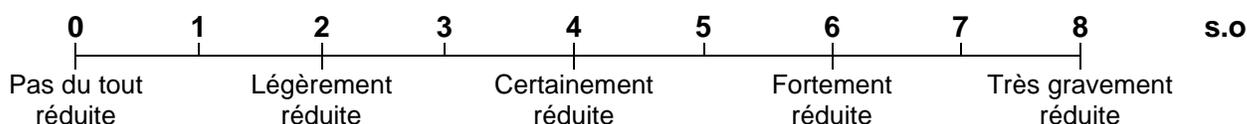


**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
WSAS ***

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	
Ville		Code postal	

► **Au cours des deux dernières semaines ou depuis votre dernière consultation, si plus récente, veuillez indiquer à quel point vos pensées, vos émotions et votre comportement ont réduit votre capacité à faire les activités de tous les jours décrites dans les items suivants.**

Utilisez l'échelle suivante :



Items	
1. En raison de mes pensées, mes émotions et mon comportement, ma capacité à travailler est réduite. 8 signifie très gravement réduite au point que je ne peux pas travailler. s.o. (sans objet) signifie que je suis à la retraite ou que je choisis de ne pas occuper d'emploi.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> s.o.
2. En raison de mes pensées, mes émotions et mon comportement, ma capacité à faire mes tâches domestiques (faire le ménage, ranger, faire les courses, cuisiner, s'occuper de la maison ou des enfants, payer les factures) est réduite.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
3. En raison de mes pensées, mes émotions et mon comportement, mes activités sociales (avec d'autres personnes, comme des fêtes, des bars, des clubs, des sorties, des visites, des rendez-vous, des activités pour se divertir à la maison) sont réduites.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
4. En raison de mes pensées, mes émotions et mon comportement, mes loisirs individuels (effectuées seules, comme lire, jardiner, collectionner, coudre, marcher seules) sont réduits.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
5. En raison de mes pensées, mes émotions et mon comportement, ma capacité à créer et entretenir des relations étroites avec d'autres, y compris les personnes qui vivent avec moi, est réduite.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8

● **Merci, les questions pour l'utilisateur ont toutes été répondues.**

Questionnaire rempli par :	Date:		
Signature	Année	Mois	Jour

* *Work and Social Adjustment Scale – WSAS* © James C. Mundt et Isaac M. Marks, 2002. Adaptation par le MSSS avec la permission des auteurs.

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Cette section est réservée à l'intervenant(e)

Utilisez l'échelle suivante, pour calculer le score :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	s.o.
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----									
Pas du tout réduite		Légèrement réduite		Certainement réduite		Fortement réduite		Très gravement réduite	

Score total

Nombre total d'items x

Nombre d'items remplis (≥ 4)* /

Score ajusté =

Analyse ou commentaires de l'intervenant(e) :

* Si la réponse à la question 1 est sans objet (s.o.), elle est considérée manquante. Lorsqu'il y a 2 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date:		
Nom de l'intervenant(e)	Prénom de l'intervenant(e)	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour