

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
CRIES-13***

Version pour les enfants et
les adolescents de 8 à 17 ans

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	

► Ci-dessous se trouvent des commentaires émis par des gens après avoir vécu des événements stressants. À quelle fréquence au cours des sept derniers jours chacune de ces situations t'arrive?

Items	Pas du tout	Rarement	Quelquefois	Souvent
1. Y penses-tu même quand tu ne le veux pas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Essaies-tu de chasser l'événement de ta mémoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As-tu des difficultés à être attentive ou attentif ou à te concentrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ressens-tu soudainement des vagues de sentiments intenses à ce sujet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. T'effraies-tu plus souvent ou te sens-tu plus nerveuse ou nerveux qu'avant l'incident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Essaies-tu de t'éloigner de ce qui peut te rappeler l'événement (p. ex., des endroits ou des situations)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Essaies-tu de ne pas en parler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. T'arrive-t-il d'avoir des images de l'événement à l'esprit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui t'y font penser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Essaies-tu de ne pas penser à l'événement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► S'il te plaît, continue le questionnaire à la page suivante.

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

Items	Pas du tout	Rarement	Quelquefois	Souvent
11. T'irrites-tu facilement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es-tu alerte et vigilant(e) même s'il n'y a apparemment pas lieu de l'être?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As-tu des problèmes de sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● **Merci, tu as répondu à toutes les questions.**

Questionnaire rempli par :	Date :		
Signature	Année	Mois	Jour

* *Children Revised Impact of Event Scale – CRIES-13* © Children and War Foundation, 1998. Adaptation par le MSSS avec la permission de l'auteur.

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	3	5
	Pas du tout	Rarement	Quelquefois	Souvent

Score total

Nombre total d'items

Nombre d'items remplis (≥ 12)*

Est-ce que le score est plus grand que le seuil clinique de 30 ? Oui Non

Analyse ou commentaires de l'intervenant(e) :

* Lorsqu'il y a deux réponses ou plus qui sont manquantes aux items 1, 4, 8 ou 9, le score total du questionnaire ne peut pas être utilisé. Lorsqu'il y a deux réponses ou plus qui sont manquantes aux items 2, 6, 7 ou 10, le score total du questionnaire ne peut pas être utilisé. Lorsqu'il y a une réponse ou plus qui est manquante aux items 3, 5, 11, 12 ou 13, le score total 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