

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin: _____

No de dossier: _____

Date: _____

WEISS FUNCTIONAL IMPAIRMENT RATING SCALE – SELF REPORT (WFIRS-S) (version française – non validée)

Nom: _____ Date: DD MM AA

Date de naissance: DD MM AA Sexe: Masculin Féminin

Travail: Temps plein Temps partiel Autre: _____

Études: Temps plein Temps partiel

Directives: Encercler le chiffre de l'énoncé qui décrit le mieux les effets de vos troubles émotionnels ou de comportement sur chaque item pendant le dernier mois.

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
A.	FAMILLE					
1.	Nuisent aux relations avec les membres de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Causent des problèmes dans votre couple	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Font que vous comptez sur les autres afin qu'ils fassent des choses à votre place	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Causent des querelles familiales	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Empêchent la famille de s'amuser ensemble	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Empêchent de rester calme ou d'éviter de vous fâcher	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
B.	TRAVAIL					
1.	Difficulté à effectuer ce qui est demandé	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Rendement de travail affecté	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Problèmes avec votre supérieur(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à maintenir un emploi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Congédiement ou perte d'emploi	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à travailler en groupe	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Manque du travail, absentéisme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Difficulté à entreprendre de nouvelles tâches	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Faibles évaluations de rendement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
C.	ÉCOLE					
1.	Difficulté à prendre des notes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Difficulté à compléter vos devoirs ou projets	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Problèmes avec votre enseignant(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problèmes avec le personnel administratif	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à maintenir le minimum des pré-requis scolaires	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Ne se présente pas à ses cours, absentéisme	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Arrive en retard, retardataire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Difficulté à atteindre votre plein potentiel	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Résultats scolaires instables	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
D.	APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE					
1.	Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéo	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Problèmes d'hygiène personnelle	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à se préparer à temps pour quitter la maison le matin	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à se préparer au coucher	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Problèmes de nutrition	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Problèmes sexuels	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Troubles du sommeil	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Accident ou blessure	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Inactivité physique	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Difficulté à respecter rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Difficulté avec les tâches ménagères	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12.	Difficulté à gérer vos finances	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
E.	CONCEPT DE SOI					
1.	Mauvaise perception de vous-mêmes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Frustré(e) face à vous-même	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Sentiment de découragement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Insatisfait(e) de votre vie	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Impression d'être incompetent(e)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

		Jamais ou pas du tout	Quelques fois ou un peu	Souvent ou moyennement	Très souvent ou beaucoup	n/a
F.	FONCTIONNEMENT SOCIAL					
1.	Vous argumentez avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Difficulté de coopérer avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Difficulté à vous entendre avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Difficulté à vous amuser/avoir du plaisir avec les autres	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Difficulté à avoir des activités de loisirs	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Difficulté à vous faire de nouveaux amis	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Difficulté à maintenir vos relations d'amitié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Vous tenez des propos inappropriés	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Plaintes des voisins	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
G.	COMPORTEMENTS À RISQUE					
1.	Conduite automobile agressive	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2.	Faire autre chose tout en conduisant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3.	Rages au volant	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4.	Détruire ou endommager des biens	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5.	Poser des gestes illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6.	Ennuis avec la police	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7.	Cigarette	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8.	Marijuana	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
9.	Consommation d'alcool	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10.	Consommation de drogues illicites	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11.	Relations sexuelles non protégées (condom, pilule contraceptive)	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12.	Comportement sexuel inapproprié	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
13.	Être agressif(ve) physiquement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
14.	Être agressif(ve) verbalement	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

Cotation:

1. Le nombre total d'items identifiés 2 ou 3
OU
2. Points totaux
OU
3. Points moyens

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

A. Famille	<input type="text"/>
B. Travail	<input type="text"/>
C. École	<input type="text"/>
D. Aptitudes à la vie quotidienne	<input type="text"/>
E. Concept de soi	<input type="text"/>
F. Fonctionnement social	<input type="text"/>
G. Comportements à risque	<input type="text"/>
Total	<input type="text"/>

©University of British Columbia 2011 Toute partie de ce document peut être librement reproduite sans l'autorisation écrite préalable du propriétaire, à condition qu'aucune modification ne soit apportée au texte et que le présent avis de droits d'auteur soit inclus en son intégralité sur toute reproduction, en totalité ou en partie, de ce document.