

ANNEXE 14

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

DIRECTIVES: Encercliez 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 écoulé.

	Jamais ou Pas du tout	Parfois ou De façon légère	Souvent ou De façon modérée	Très souvent ou De façon grave	Sans objet
Date: / / jour/mois/année					
Nom: _____					
Date de naissance: / / jour/mois/année					
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin					
Travail: <input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Autre: _____					
Études: <input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Temps partiel					
A. FAMILLE					
1. Vous éprouvez des difficultés avec votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2. Vous éprouvez des difficultés avec votre conjoint (conjointe) ou partenaire	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3. Vous comptez sur autrui pour faire les choses à votre place	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4. Vos problèmes sont une cause de disputes familiales	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5. Votre famille a peu de plaisir à cause de vos problèmes	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6. Vous avez de la difficulté à prendre soin de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
7. Vous avez de la difficulté à équilibrer vos besoins et ceux de votre famille.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8. Vous avez l'impression de perdre le contrôle de votre famille	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

WFIRS-S

B. TRAVAIL	Jamais ou Pas du tout Parfois ou De façon légère Souvent ou De façon modérée Très souvent ou De façon grave Sans objet	C. ÉTUDES	Jamais ou Pas du tout Parfois ou De façon légère Souvent ou De façon modérée Très souvent ou De façon grave Sans objet
1. Vous arrivez difficilement à exécuter les tâches requises	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	1. Vous avez de la difficulté à prendre des notes	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
2. Vous n'êtes pas efficace au travail	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	2. Vous avez de la difficulté à terminer vos travaux scolaires	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
3. Vous avez des problèmes avec votre superviseur	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	3. Vous n'êtes pas efficace dans la réalisation de vos travaux	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
4. Vous avez de la difficulté à conserver un emploi	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	4. Vous avez des problèmes avec vos professeurs	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
5. Vous avez été congédié	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	5. Vous avez des problèmes avec la direction	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
6. Vous avez de la difficulté à travailler en équipe	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	6. Vous avez de la difficulté à répondre aux exigences minimales pour ne pas être renvoyé	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
7. Vous vous absentez de votre travail	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	7. Vous manquez des cours	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
8. Vos retards au travail entraînent des problèmes	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	8. Vos retards aux cours sont une source de problèmes	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
9. Vous acceptez difficilement de nouvelles responsabilités ou de nouvelles tâches	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	9. Vous ne donnez pas votre pleine mesure dans vos études	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
10. Vous ne donnez pas votre pleine mesure	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>	10. Vos résultats scolaires varient beaucoup	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>
11. Votre performance est jugée insatisfaisante	0 1 2 3 <input type="checkbox"/>		

WFIRS-S

D. APTITUDES À LA VIE QUOTIDIENNE

Jamais ou Pas du tout
Parfois ou De façon légère
Souvent ou De façon modérée
Très souvent ou De façon grave
Sans objet

- | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| 1. Vous faites un usage abusif ou inapproprié d'Internet, des jeux vidéo ou de la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vous négligez votre apparence | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous avez de la difficulté à vous préparer à partir de la maison | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vous avez de la difficulté à vous préparer pour aller au lit | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vous ne vous alimentez pas bien | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vous éprouvez des problèmes sexuels | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vous souffrez de troubles du sommeil | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vous avez subi un accident ou une blessure | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vous ne faites pas d'exercice | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vous avez de la difficulté à vous présenter à vos rendez-vous chez le médecin ou le dentiste | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vous arrivez difficilement à accomplir toutes vos tâches ménagères | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vous avez de la difficulté à gérer vos finances | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |

E. CONCEPT DE SOI

Jamais ou Pas du tout
Parfois ou De façon légère
Souvent ou De façon modérée
Très souvent ou De façon grave
Sans objet

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| 1. Vous n'avez pas une bonne opinion de vous-même | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vous ressentez de la colère envers vous-même | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous éprouvez du découragement | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vous êtes insatisfait de votre vie | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vous avez l'impression d'être incompétent | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |

WFIRS-S

F. FONCTIONNEMENT SOCIAL

Jamais ou Pas du tout
Parfois ou De façon légère
Souvent ou De façon modérée
Très souvent ou De façon grave
Sans objet

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| 1. Vous vous disputez avec autrui | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vous avez de la difficulté à coopérer | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous vous entendez difficilement avec autrui | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vous avez de la difficulté à vous amuser avec les autres | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vous avez de la difficulté à vous adonner à un passe-temps | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vous avez de la difficulté à vous faire des amis | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vous avez de la difficulté à garder vos amis | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vous faites des remarques inappropriées | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vous faites l'objet de plaintes de la part de vos voisins. | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |

RÉSERVÉ À L'EXAMINATEUR

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| A. Famille | <input type="text"/> |
| B. Travail | <input type="text"/> |
| C. Études | <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"/> |

G. COMPORTEMENTS À RISQUE

Jamais ou Pas du tout
Parfois ou De façon légère
Souvent ou De façon modérée
Très souvent ou De façon grave
Sans objet

- | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| 1. Vous conduisez dangereusement | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vous êtes distrait au volant | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous manifestez de la rage au volant | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vous brisez ou vous endommagez des objets | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vous vous adonnez à des activités illicites | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vous avez des ennuis avec la police | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vous fumez la cigarette | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vous consommez de la marijuana | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vous consommez de l'alcool | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vous consommez des drogues illicites | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vous avez des relations sexuelles non protégées (contraceptifs ou condoms) | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vous avez un comportement sexuel inapproprié | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 13. Vous manifestez de l'agressivité physique | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vous manifestez de l'agressivité verbale | 0 | 1 | 2 | 3 | <input type="checkbox"/> |

Utilisé avec la permission des auteurs pour un usage illimité par les membres de la CADDRA.