

EPOCA - Questionnaire pour le bilan de l'affection post-COVID-19

Vue d'ensemble

Section	Problématique	Rempli par	Domaine
1ère partie: Informations démographiques et cliniques			
1.A.	Démographie	Self-rep	SocDém
1.B.	État de santé avant le COVID-19 aigu	HCP	SocDém
1.C.	Détails sur le COVID-19 aigu	HCP	SocDém
2e partie: Situation professionnelle et asséculoologique			
2.A.	Situation professionnelle	HCP	SocDém
2.B.	Évaluation de la capacité de travail	Self-rep	MédAss
2.C.	Vos attentes concernant le retour au travail	Self-rep	MédAss
2.D.	Situation asséculoologique	HCP / Self-rep	MédAss
3e partie: Limitations fonctionnelles			
3.A.	Autonomie, capacité de se prendre en charge	Self-rep	Gén
3.B.	Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)		
4e partie: Symptômes de l'affection COVID-19 et traitement			
4.A.	Liste des symptômes/troubles	HCP	Gén/Int
4.B.	Traitement actuel		
5e partie: Questionnaires			
5.A.	État de santé général	Self-rep	Gén/Int
5.B.	Rétablissement subjectif	Self-rep	Gén/Int
5.C.	Fatigue: Fatigue Severity Scale (FSS)	Self-rep	Phys
5.D.	Force/endurance: 1 Test assis-debout d'une durée de 1 minute	HCP	Phys
5.E.	Détresse respiratoire: questionnaire CRQ	Self-rep	Pulm
5.F.	Fonctions cognitives: DemTect	HCP	Cog/Psy
5.G.	Bien-être psychique: Indice de bien-être de l'OMS en 5 items (WHO-5)	Self-rep	Cog/Psy
6e partie: Recommandation / autres mesures			
6.A.	Bilan médical spécialisé	HCP	MédAss
6.B.	Mesure de réadaptation		
6.C.	Entraînement au travail		
6.D.	Reprise du travail		
6.E.	Autre:		

HCP: Health Care Professional (médecin)
SocDém: sociodémographique
Cog/Psy: cognition/psychisme
MédAss: médecine d'assurance
Gén/Int: général, interne
Pulm: pulmonaire
Phys: physique

1ère partie: Informations démographiques et cliniques

Numéro d'assuré:

Nom :

1.A. Démographie

Âge _____

Sexe _____

Taille / poids _____

Niveau de formation le plus élevé _____

Langue maternelle _____

État civil _____

1.B. État de santé avant le COVID-19 aigu

	Oui	Non	
Cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maladie cardiaque chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maladie rénale chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maladie chronique du foie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maladie neurologique chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hypertension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Faiblesse/déficiência immunitaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Troubles psychiatriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
si oui: _____			
Surpoids (IMC >30 kg/m ²)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autres problèmes de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
si oui: _____			
Fumeur (ancien, actuel, jamais)	Ancien	Actuel	Jamais
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergies – veuillez préciser	Oui	Non	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
si oui: _____			

1.C. Détails sur le COVID-19 aigu

Date du début des symptômes _____ jj/mm/aaaa

Date du diagnostic _____ jj/mm/aaaa

Test utilisé pour établir le diagnostic
PCR, test rapide, autre (préciser) _____

Gravité du COVID-19 aigu _____
(hospitalisation / oxygénation / VM / traitement médicamenteux)

2e partie: Situation professionnelle et asséculoologique**2.A. Situation professionnelle**

Activité actuelle	_____		
Statut	salarié	indépendant	autre
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
si autre, veuillez préciser:	_____		
Taux d'activité en % ou en heures par semaine	_____		
Pénibilité physique du travail	faible	moyenne	forte
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pénibilité intellectuelle du travail	faible	moyenne	forte
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilité d'adapter les contraintes de l'activité	oui	non	ne sait pas
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limitations perçues dans l'exercice de la profession	oui	non	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Crainte de perdre son emploi	oui	non	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

2.B. Évaluation de la capacité de travail

En supposant que la meilleure capacité de travail que vous ayez jamais atteinte correspond à 10 points:
Combien de points donneriez-vous à votre capacité de travail actuelle?
(0 signifie que vous êtes actuellement en incapacité totale de travail)

1-10:

2.C. Vos attentes concernant le retour au travail

Je pense que je serai à nouveau capable d'accomplir les mêmes tâches qu'avant d'être malade et de reprendre mon travail.	Oui	Non
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.D. Situation asséculoologique

Si vous percevez des indemnités journalières, quelle assurance vous les verse (perte de gain maladie, assurance-accidents)?	IJM	AA	Aucune
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Degré actuel d'incapacité de travail en %	_____		
Depuis combien de jours êtes-vous en arrêt maladie?	_____		
Depuis combien de jours percevez-vous des indemnités journalières maladie?	_____		
Une expertise est-elle prévue/annoncée?	Oui	Non	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
L'assurance-invalidité est-elle impliquée et si oui, comment (mesures de réadaptation professionnelle, rente)?	_____		
Avez-vous rencontré des problèmes avec l'assurance concernant votre maladie (p. ex. prise en charge des frais de traitement médical, mesures de réadaptation, indemnités journalières, etc.)	Oui	Non	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

3e partie: Limitations fonctionnelles**3.A. Autonomie, capacité de se prendre en charge**

- comme avant le COVID-19
- moins bien qu'avant le COVID-19
- mieux qu'avant le COVID-19
- ne sait pas

3.B. Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)**Dans quelle mesure le COVID-19 impacte-t-il votre quotidien?**

Veillez indiquer laquelle des affirmations suivantes s'applique le mieux à votre situation. Veillez ne cocher qu'une seule case pour chaque point.

Faire une note correspondante
sur l'échelle PCFS si la case
est cochée

Mon quotidien n'est pas du tout affecté: je n'ai pas de symptômes, de douleurs ni d'angoisses à cause de l'infection.	<input type="checkbox"/>	0
L'impact sur mon quotidien est faible: je peux effectuer toutes mes tâches/activités habituelles, même si j'ai toujours des symptômes persistants, des douleurs ou des angoisses.	<input type="checkbox"/>	1
Mon quotidien est affecté: il m'arrive de devoir éviter ou réduire des tâches/activités habituelles ou de les répartir dans le temps en raison de symptômes, de douleurs ou d'angoisses. Je suis cependant capable d'effectuer toutes mes activités sans aide.	<input type="checkbox"/>	2
Mon quotidien est affecté dans la mesure où je suis incapable d'effectuer toutes les tâches/activités habituelles à cause de symptômes, de douleurs ou d'angoisses. Je suis cependant capable de me prendre en charge sans aucune aide.	<input type="checkbox"/>	3
Mon quotidien est sévèrement affecté: je suis incapable de me prendre en charge et j'ai donc besoin des soins et/ou de l'aide d'une autre personne à cause de mes symptômes, de mes douleurs ou de mes angoisses.	<input type="checkbox"/>	4

4e partie: Symptômes de l'affection COVID-19

4.A. Liste des symptômes/troubles

Resentez-vous (actuellement) l'un des symptômes/troubles énumérés ci-dessous?

Symptôme	Oui, en			Existait déjà avant le	
	permanence	Oui, occasionnellement	Non	COVID-19	Aggravé après le COVID-19
Oppression thoracique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constipation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrhée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles menstruels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fièvre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trous de mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mouvements involontaires des bras/des jambes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs/gonflement des articulations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perte d'appétit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nausées/vomissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engourdissement/sensation de picotements (p. ex. dans le	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs à la respiration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palpitations cardiaques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toux sèche persistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigue persistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes d'audition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs musculaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Épuisement après un effort physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de vue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes pour avaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altération de l'odorat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altération du goût	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acouphènes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essoufflement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Éruption cutanée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besoin excessif de sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raideur musculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux d'estomac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tremblements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté de concentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faiblesse musculaire (bras, jambes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles de l'érection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre(s) (veuillez préciser)					

4.B. Traitement actuel

Avez-vous eu recours à l'un des services de santé suivants en raison de symptômes ou de complications après l'infection?

	Oui	Non	
1 Conseil et suivi psychologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2 Physiothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 Ergothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4 Réadaptation pulmonaire/respiratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5 Réadaptation physique générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6 Autre(s) (veuillez préciser)			
	Oui	Non	Peu
Ces thérapies ont-elles été efficaces?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels médicaments prenez-vous actuellement (veuillez énumérer tous les médicaments)?

5e partie: Questionnaires**5.A. État de santé général****«Échelle d'évaluation de la santé»**

Nous souhaitons déterminer comment vous jugez votre état de santé d'**AUJOURD'HUI**.

Cette échelle va de 0 à 100.

100 est le meilleur état de santé que vous puissiez imaginer. 0 (zéro) est le pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Veuillez cliquer sur le point de l'échelle qui décrit le mieux votre état de santé AUJOURD'HUI.

**5.B. Rétablissement subjectif****Pensez-vous avoir bien récupéré de votre affection COVID-19?**

Comment vous sentez-vous maintenant, par rapport au moment où l'infection par le coronavirus vous a été diagnostiquée?

- 1. Vous êtes **complètement** rétabli-e et ne présentez aucun symptôme
- 2. Vous allez mieux, mais vous n'êtes pas encore tout à fait en bonne santé (**pas comme avant**)
- 3. Vous n'allez ni mieux ni moins bien, **vous êtes toujours aussi malade**
- 4. Vous allez moins bien

5.C. Fatigue: Fatigue Severity Scale (FSS)

Veillez entourer le chiffre situé entre 1 et 7 qui, selon vous, correspond le mieux aux affirmations suivantes. La question concerne votre mode de vie habituel au cours de la semaine passée. 1 signifie «pas d'accord» et 7 signifie «tout à fait d'accord».

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	PAS d'accord						TOUT À FAIT d'accord
	1	2	3	4	5	6	7
Je suis moins motivé-e quand je suis épuisé-e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'activité physique m'épuise davantage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis vite épuisé-e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'épuisement diminue ma résistance physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'épuisement me cause des problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon épuisement m'empêche de faire de l'exercice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'épuisement m'empêche d'accomplir certaines tâches et obligations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'épuisement fait partie des trois problèmes qui m'handicapent le plus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'épuisement a un impact sur mon travail, ma famille ou ma vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Moyenne: _____

Dans la Fatigue Severity Scale, les patients doivent évaluer chaque affirmation sur une échelle de 1 (pas d'accord) à 7 (tout à fait d'accord). Le thérapeute calcule ensuite la moyenne. Une moyenne supérieure à 5 indique une fatigue importante.

5.D. Force/endurance: 1 Test assis-debout d'une durée de 1 minute

Consigne:

«Levez-vous de cette chaise et rasseyez-vous sans vous arrêter pendant 1 minute. Tendez bien les genoux quand vous vous levez et pliez-les environ à angle droit quand vous vous asseyez. Vous ne devez pas vous aider (activement) de vos bras pour vous lever. Tenez vos bras croisés devant vous.»

Test:

Le test-a-t-il été réalisé? Oui Non

Oui → Combien de mouvements assis/debout le patient a-t-il effectués en 1 minute?

- Non Le patient n'a pas effectué le test
 Le médecin a décidé que le test ne pouvait pas être effectué

5.E. Questionnaire sur la détresse respiratoire: Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ)

Vous trouverez ci-dessous une liste d'activités qui peuvent entraîner un essoufflement chez certaines personnes souffrant de problèmes pulmonaires.

Pour chacune des activités suivantes, veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux l'intensité de votre essoufflement au cours des 2 DERNIÈRES SEMAINES, au moment d'exercer l'activité en question.

Veuillez cocher la case de la dernière colonne si vous n'avez PAS FAIT l'activité en question au cours des deux dernières semaines.

(Ne cochez qu'une seule case par ligne)

	Activités	Essoufflement extrême	Essoufflement prononcé	Essoufflement notable	Essoufflement modéré	Essoufflement léger	Essoufflement très léger	Aucun essoufflement	Non effectué
1	Émotions telles que la colère ou le dépit	1	2	3	4	5	6	7	8
2	Activités en réponse aux besoins élémentaires (prendre un bain, une douche, manger ou s'habiller)	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Se déplacer à pied	1	2	3	4	5	6	7	8
4	Effectuer des tâches ménagères (p. ex. faire le ménage, les courses)	1	2	3	4	5	6	7	8
5	Contacts et activités avec d'autres personnes	1	2	3	4	5	6	7	8

Évaluation CRQ

Il faut au des réponses à au moins 3 questions sur 5 pour pouvoir calculer le score. Seules les valeurs de 1 à 7 sont prises en compte. Le score est une moyenne, c'est-à-dire la somme des valeurs de toutes les questions ayant reçu une réponse, divisée par le nombre de questions.

Exemple pour 5 réponses: $4 + 5 + 4 + 3 + 4 = 20 / 5 =$ score de 4 points

Exemple pour 3 réponses: $2 + 3 + 4 = 9 / 3 =$ score de 3 points

5.F. Questionnaire sur les fonctions cognitives: DemTect**1. Liste de mots**

«Je vais vous lire lentement une liste de dix mots. Ensuite, vous répéterez le plus de mots possibles. L'ordre des mots restitués n'a pas d'importance.» (première liste de mots)

Assiette	Chien	Lampe	Lettre	Pomme	Pantalon	Table	Pelouse	Verre	Arbre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

«Merci beaucoup. Maintenant, je vais répéter ces mêmes 10 mots. Encore une fois, vous répéterez le plus de mots possibles.»

Assiette	Chien	Lampe	Lettre	Pomme	Pantalon	Table	Pelouse	Verre	Arbre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mots retenus correctement (max. 20)

2. Convertir des nombres

«Comme vous pouvez le voir dans l'exemple, le chiffre «5» écrit en toutes lettres donne: «cinq». Et le mot «trois» peut être exprimé en chiffre comme ceci: «3» Dans cet exercice, c'est un peu comme lorsque vous remplissez un chèque. Vous allez maintenant écrire les nombres en toutes lettres et exprimer des mots en nombres.»

Exemple : 5 = cinq trois = 3

209 =	
4054 =	
six cent quatre-vingt-un =	
deux mille vingt-sept =	

Réponses correctes (max.4)

3) Test du supermarché

«Citez un maximum de choses que l'on trouve au supermarché. Vous avez une minute.»

Mots mentionnés (max.30)

4) Séquence de chiffres dans l'ordre inverse

«Je vais dire une série de chiffres que vous devrez me répéter dans l'ordre inverse. Par exemple, si je dis «quatre-cinq», vous dites «cinq-quatre.»

1er essai	2e essai	Note
7-2	8- 6	2
4-7-9	3-1 -5	3
5-4-9-6	1 -9-7-4	4
2-7-5-3-6	1 -3-5-4-8	5
8-1 -3-5-4-2	4-1 -2-7-9-5	6

Plus longue séquence de chiffres répétée correctement dans l'ordre inverse (max. 6)

5) Rappel différé de la liste de mots

«Au tout début de ce test, je vous ai donné dix mots. Vous souvenez-vous de ces mots?»

Assiette	Chien	Lampe	Lettre	Pomme	Pantalon	Table	Pelouse	Verre	Arbre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Termes retenus correctement (max.10)

Évaluation:

Score	Diagnostic	Recommandation
13-18	Performance cognitive adaptée à l'âge	Tester à nouveau après 12 mois ou si des problèmes apparaissent
9-12	Léger déficit cognitif	Tester à nouveau après 6 mois - observer l'évolution
< 8	Soupçon de démence	Poursuivre les investigations diagnostiques, mettre en place un traitement

Tableaux de conversion

Liste de mots					
Nombre de mots mentionnés					
< 60 ans	> 60 ans	40 -			Points
< 7	< 6	< 9			0
8-10	7-8	10-11			1
11-12	9-10	12-13			2
> 13	> 11	> 14			3
Convertir des nombres					
Nombre de conversions correctes					
< 60 ans	> 60 ans	40 -			Points
0	0	< 1			0
1-2	1-2	2			1
3	3	3			2
4	4	4			3
Test du supermarché					
Nombre de mots mentionnés					
< 60 ans	> 60 ans	40 -			Points
0-12	0-5	< 17			0
13-15	6-9	18-22			1
16-19	10-15	23-27			2
> 20	> 16	> 28			4
Séquence de chiffres dans l'ordre inverse					
Longueur de la séquence de chiffres					
< 60 ans	> 60 ans	40 -			Points
0	0	< 2			0
2-3	2	3			1
4	3	4			2
> 5	> 4	5			3
Rappel différé					
Nombre de mots mentionnés					
< 60 ans	> 60 ans	40 -			Points
0	0	< 4			0
1-3	1-2	5			1
4-5	3-4	6			2
		7			3
> 6	> 5	> 8			5

5.G. Questionnaire d'auto-évaluation du bien-être psychique actuel:

Les affirmations suivantes concernent votre bien-être au cours des deux dernières semaines. Pour chaque affirmation, veuillez cocher la rubrique qui, selon vous, décrit le mieux ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines.

Au cours des deux dernières semaines ...	Tout le temps	La plupart du temps	Un peu plus de la moitié du temps	Un peu moins de la moitié du temps	De temps à autre	À aucun moment
... je me suis senti heureux et de bonne humeur	5	4	3	2	1	0
... je me suis senti calme et détendu	5	4	3	2	1	0
... je me suis senti plein d'énergie et actif	5	4	3	2	1	0
... je me suis senti frais et dispos au réveil	5	4	3	2	1	0
... mes journées étaient remplies de choses qui m'intéressent	5	4	3	2	1	0

Interprétation:

Score total: (nombre total de points)

La valeur brute est obtenue en additionnant simplement les réponses. La valeur brute peut être comprise entre 0 et 25, 0 désignant le minimum de bien-être/qualité de vie et 25 le maximum.

Il faut la multiplier par 4 pour obtenir le pourcentage, de 0 à 100: 0 correspond au minimum de bien-être/qualité de vie et 100 au maximum.

6e partie: Recommandation / autres mesures**6.A. Bilan médical spécialisé**

Examen ou traitement médical spécialisé nécessaire:

Adresser le patient à: _____

pour: _____

6.B. Mesure de réadaptationambulatoire

laquelle: _____

où: _____

stationnaire

laquelle: _____

où: _____

Objectifs de réadaptation: _____

6.C Entraînement au travail

Objectifs de l'entraînement: _____

Durée/portée: _____

Possible chez l'employeur actuel:

oui non ?

Aide nécessaire pour organiser l'entraînement au travail

oui non **6.D Reprise du travail** n'a jamais été, ou n'est plus, limité possible sans restriction

à partir de quand

 possible mais de manière limitée

à partir de quand

combien d'heures par jour/semaine

Limitations: _____

 impossible**6.E Autres** Aucune mesure n'est nécessaire. Poursuite de l'activité professionnelle actuelle. Adaptation de l'activité professionnelle actuelle. Comment: _____

D'autres mesures de réadaptation professionnelle ou des mesures compléme

oui non

laquelle: _____

Remarques : _____

Date _____

Signature _____