

À VOUS ! LA PAROLE

NOM
PRÉNOM
DATE

SUR UNE ÉCHELLE DE 1 À 10, COMMENT ÉVALUERIEZ-VOUS CES ÉLÉMENTS DANS VOTRE VIE SUR LES 15 DERNIERS JOURS ?

(COCHEZ LES CASES DU QUESTIONNAIRE POUR DÉCRIRE AU MIEUX VOTRE ÉTAT ACTUEL)

	MAUVAIS.E	MOYEN.NE	EXCELLENT.E
			
	1		10
SANTÉ PHYSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOULEUR PHYSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÉNERGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVITÉ PHYSIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELATION AVEC LES AUTRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOMMEIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FONCTION URINAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTENTION / MÉMOIRE / CONCENTRATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIE AFFECTIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIE SEXUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCOMPAGNEMENT DE L'ENTOURAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATISFACTION À L'ÉGARD DU TRAITEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>