

FICHE D'ÉVALUATION DES FACTEURS DE STRESS

Nom, prénom : Médecin référent :
Date :

Les questions suivantes concernent les situations que vous avez pu vivre
au cours des **3 mois précédents**.

Merci de cocher pour chaque situation si elle vous est ou non arrivée.

Je me suis trouvé(e) dans cette situation
au cours des **3 derniers mois**?

-
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| *J'ai éprouvé des difficultés à prendre mon traitement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| *J'ai changé de traitement (non tolérance, toxicité, ...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| *J'ai eu des effets secondaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| *J'ai appris quelque chose de nouveau sur les traitements qui m'a inquiété(e) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| *Je ne supportais plus certains effets handicapants de mon traitement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai été dans l'attente d'un logement non satisfaite | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai été dans l'attente d'emploi non satisfaite | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai eu des problèmes d'argent | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai eu des problèmes avec l'administration | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| *J'ai vécu un échec lors d'une tentative de réinsertion | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai eu des problèmes de communication avec ma famille | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai eu des conflits avec mon entourage (amis, voisins, collègues, ...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai eu des difficultés avec mon médecin (déception, conflits, ...) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * Je me suis séparé(e) d'avec un(e) partenaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai perdu une personne proche (décès) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai eu des difficultés sexuelles | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai éprouvé des difficultés à faire des rencontres amoureuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * Je ne suis pas toujours arrivé(e) à négocier l'utilisation des préservatifs | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| * J'ai éprouvé une perte de motivation sexuelle | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |