

Identi-T™ Évaluation du stress

Nom _____ Âge _____ Sexe _____ Date _____

Le stress fait partie de la vie, ce qui est normal. Chaque jour, nous sommes confrontés à des stimuli, appelés facteurs de stress, pouvant susciter une réaction du corps « de combat ou de fuite », déclenchant une cascade de réactions physiologiques qui provoquent des émotions modérées à intenses. Bien qu'un stress occasionnel soit naturel et même sain, un stress chronique ou aigu peut être nocif.

Veillez prendre quelques moments pour découvrir la réaction de votre corps face à des situations que vous percevez comme stressantes. En évaluant honnêtement ce que vous ressentez, votre professionnel de la santé pourra élaborer un programme naturel de soulagement du stress adapté à vos besoins individuels.

Directives :

Veillez lire chaque énoncé et encercler le chiffre 0, 1, 2 ou 3 qui décrit le mieux vos sentiments ou réactions au cours de la journée. Effectuez le sous-total de chaque section, puis le total des sections A à C et C à E. Certaines questions pourront vous sembler redondantes d'une section à une autre. Il y a une raison pour chacune d'elles. Ne passez pas trop de temps sur une question donnée.

0 = Jamais vrai 1 = Rarement vrai 2 = Parfois vrai 3 = Souvent vrai

Lorsque je suis stressé(e) pendant deux semaines ou plus...

Section A :

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Je suis crispé(e) quand je suis fatigué(e) et j'ai de la difficulté à me calmer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. J'ai l'air motivé(e) et énergique mais je me sens « brûlé(e) » et épuisé(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Je me sens impatient(e), agité(e), anxieux(se) et inquiet(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Je me sens facilement envahi(e) par l'émotion | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Je me sens émotif(ive) — je pleure facilement ou je ris mal à propos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. J'éprouve des palpitations ou je sens mon cœur battre à grands coups | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Je me sens essoufflé(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Je suis constipé(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Je me sens chaud(e), brûlant(e) et déshydraté(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. J'ai la bouche douloureuse ou la langue sensible | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. J'ai de brusques bouffées de chaleur | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Je dors moins de sept heures par nuit | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. J'ai de la difficulté à m'endormir et à rester endormi(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. J'ai peur de faire de la haute pression, du cholestérol et des triglycérides | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. J'oublie de manger et j'ai peu d'appétit | 0 | 1 | 2 | 3 |

Points totaux : _____

Section B :

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Je me fais du mauvais sang à propos de tout et de rien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Je me sens inquiet(e) et ne peux pas m'empêcher de l'être | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Je me sens impulsif(ive), refoulé(e) et prêt(e) à exploser | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. J'éprouve des spasmes musculaires | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Je me sens agressif(ive), rigide ou inflexible quand je suis pressé(e) par le temps | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Je vois, j'entends et je sens des choses que les autres ne perçoivent pas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Je reste éveillé(e) à me repasser les événements de la journée ou à planifier le lendemain | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. J'ai des pensées ou des images contrariantes qui me reviennent sans cesse en tête | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. J'ai de la difficulté à m'arrêter de refaire sans cesse les même choses, comme vérifier ou réarranger des objets sans arrêt | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Je m'inquiète des choses terribles qui pourraient arriver si je ne fais pas attention | 0 | 1 | 2 | 3 |

Points totaux : _____

Section C :

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. J'ai mal aux muscles et aux articulations | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. J'éprouve une faiblesse musculaire | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. J'ai besoin de sel ou d'aliments salés | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Plusieurs points de mon corps deviennent sensibles ou douloureux au toucher | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. J'ai des cernes sombres sous les yeux | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. J'éprouve une soudaine sensation d'anxiété quand j'ai faim | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. J'utilise des médicaments contre la douleur | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Je me sens étourdi(e) au lever ou lorsque je me relève après avoir été à genou | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Sans raison, j'ai la diarrhée ou des nausées avec ou sans vomissement | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. J'ai des maux de tête | 0 | 1 | 2 | 3 |

Points totaux : _____

Section D :

1. J'ai de la difficulté à organiser mes pensées 0 1 2 3
2. Je suis facilement distrait(e) et déconcentré(e)..... 0 1 2 3
3. J'ai de la difficulté à prendre des décisions et je me méfie de mon jugement 0 1 2 3
4. Je me sens déprimé(e) et apathique 0 1 2 3
5. Je manque de motivation et d'énergie pour rester au travail et être attentif(ive) 0 1 2 3
6. J'oublie tout 0 1 2 3
7. Je me sens perturbé(e), impatient(e) et anxieux(se)..... 0 1 2 3
8. Je me sens fatigué(e) et peu reposé(e) au réveil 0 1 2 3
9. J'éprouve des brûlures d'estomac et des indigestions 0 1 2 3
10. J'attrape facilement un rhume ou une infection..... 0 1 2 3

Points totaux : _____

Section E :

1. Je me sens fatigué(e) sans raison apparente 0 1 2 3
2. J'éprouve une légère fatigue persistante après un exercice ou une activité physique..... 0 1 2 3
3. J'ai de la difficulté à me concentrer sur une tâche et à la terminer 0 1 2 3
4. Je me sens déprimé(e) et apathique 0 1 2 3
5. Je sens que mes mains, mes pieds ou mon corps entier sont froids ou glacés sans raison apparente 0 1 2 3
6. Je n'ai aucun désir sexuel ou peu 0 1 2 3
7. J'ai spontanément des sueurs durant la journée 0 1 2 3
8. Je fais de la rétention de fluides et je me sens gonflé(e) 0 1 2 3
9. Je dors plus de neuf heures par nuit 0 1 2 3
10. J'ai peu de tonus musculaire..... 0 1 2 3
11. J'ai de la difficulté à perdre du poids 0 1 2 3
12. Je suis fatigué(e) au réveil même si je semble avoir eu beaucoup de sommeil..... 0 1 2 3
13. Je n'ai aucune énergie et je me sens faible physiquement..... 0 1 2 3
14. Je suis sujet(te) aux rhumes et à la grippe 0 1 2 3
15. Je me sens affaibli(e) par de nombreux symptômes, comme une mauvaise digestion et des douleurs au corps 0 1 2 3

Points totaux : _____

Additionnez les points des sections A, B et C	Total des sections A, B et C : _____
Additionnez les points des sections C, D et E	Total des sections C, D et E : _____

Style de vie et état de santé :

1. Sur une échelle de 1 à 10 (où 10 est le plus intense), encerclez le niveau de stress que vous éprouvez :
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Que considérez-vous comme la principale cause de votre stress (par exemple : conjoint, famille, amis, travail, finances, mariage, grossesse, affaire juridique, déplacement) :

3. Je prends un petit-déjeuner _____ fois par semaine. Mon petit-déjeuner habituel est : _____
4. Je prends plusieurs vitamines / minéraux _____ jours par semaine. Je prends un supplément d'huiles de poisson _____ jours par semaine.
5. Je participe à 30 minutes d'activité physique, aérobie (ex., course), entraînement de résistance (ex., poids, pilates), sports (ex., vélo), ou yoga :
 Tous les jours 5-6 fois par semaine 3-4 fois par semaine 1-2 fois par semaine Moins d'une fois par semaine
6. Je fume _____ cigarettes par jour.
7. Je bois deux tasses ou plus de 250 ml (8 oz) de café caféiné ou d'autres boissons caféinées, telles que des boissons énergisantes / diètes, boissons gazeuses, thés noirs ou verts :
 Tous les jours 5-6 fois par semaine 3-4 fois par semaine 1-2 fois par semaine Moins d'une fois par semaine
8. Je bois 60 ml (2 oz) ou plus de boissons alcoolisées :
 Tous les jours 5-6 fois par semaine 3-4 fois par semaine 1-2 fois par semaine Moins d'une fois par semaine
9. Énumérez tout problème de santé actuel et médicament sous ordonnance ou non que vous prenez :

Problème(s) de santé actuel(s)	Date d'apparition	Médicaments(s) actuel(s)