

Nom :

L'échelle DNS

Veillez bien répondre à l'ensemble de ces questions en utilisant la cotation suivante :

0 = symptôme absent ; 1 = symptôme modéré ; 2 = symptôme gênant ; 3 = Symptôme très gênant

	0	1	2	3
☞ Vous sentez-vous moins motivé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Portez-vous moins d'intérêt à vos occupations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous tendance à vous replier sur vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Êtes-vous moins attiré(e) par vos hobbies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Recherchez-vous moins de contacts avec vos ami(e)s ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous des problèmes de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous l'esprit moins créatif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous des difficultés à faire de nouveaux projets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Votre sommeil est-il agité, non reposant, insatisfaisant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL D	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>			
☞ Vous sentez-vous déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Souffrez-vous moralement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous l'impression de fonctionner au ralenti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Ressentez-vous moins de désir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous des difficultés à prendre du plaisir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Ressentez-vous une baisse d'appétit sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous des difficultés avec votre mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous des difficultés pour apprendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous mal aimé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Êtes-vous fatigué(e) moralement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL N	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>			
☞ Vous sentez-vous irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous impatient(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous des difficultés à supporter les frustrations et les contraintes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous agressif(ve) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous incompris(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Êtes-vous attiré(e) par le chocolat ou le sucré en fin de journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous dépendant(e) d'activité répétitive (tabac, alcool, grignotage, sport, achat) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Avez-vous des difficultés à vous endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous vulnérable au stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ Vous sentez-vous d'humeur changeante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL S	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>			
TOTAL D + N + S	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>			