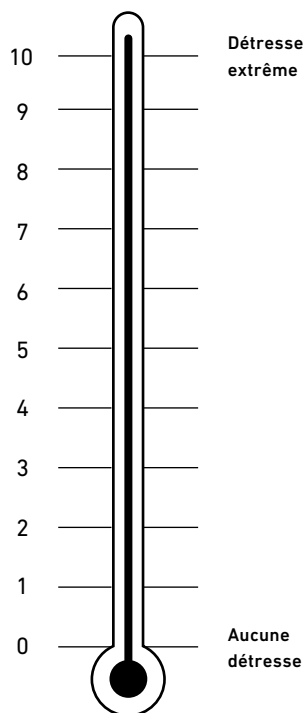


THERMOMÈTRE DE DÉTRESSE

Nom _____

Date de naissance _____



1 SVP encercler un chiffre sur le thermomètre. Comment évaluez-vous votre détresse durant la dernière semaine incluant aujourd'hui?

2 SVP cochez tous les éléments qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui?

		OUI	NON
Problème pratique	Garde des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ménage / Habitat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assurances / finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Travail / école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes familiaux	En relation avec les enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En relation avec partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacité d'avoir des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème émotionnels	Déprime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inquiétude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perte d'intérêt dans les activités courantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préoccupations spirituelles / religieuses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes physiques	Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se laver / s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Respiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Changement dans l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sentir gonflé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se mobiliser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Digestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mémoire / concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Irritations buccales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nez sec / congestionné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abus de substances (alcool / drogues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fourmillements pieds / mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres problèmes _____

NCCN 1.2015 Distress Management Guideline. © National Comprehensive Cancer Network. Version française: Fillion, L., de Serres, M., Tremblay, A., Blais, M.-C., Robitaille, M.-A., & Boucher, S. (2014). Sensibiliser les équipes soignantes à la prise en compte de la souffrance psychique: l'expérience du dépistage de la détresse au CHU de Québec. Psycho-Oncology, 8, 37-44.

