

**Institut Prévention santé Globale Intégrative**

**PERILLAT Sébastien +33 6.27.91.04.79**

**Evaluation du stress**

Nom \_ \_

Age\_ \_ 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.

Veuillez 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 :**

Veuillez 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** : 0 1 2 3

1. Je suis crispé(e) quand je suis fatigué(e) et j’ai de la difficulté à me calmer
2. J’ai l’air motivé(e) et énergique mais je me sens « brûlé(e) » et épuisé(e)
3. Je me sens impatient(e), agité(e), anxieux (se) et inquiet(e)
4. Je me sens facilement envahi(e) par l’émotion
5. Je me sens émotif (ive) — je pleure facilement ou je ris mal à propos
6. J’éprouve des palpitations ou je sens mon cœur battre à grands coups
7. Je me sens essoufflé(e
8. Je suis constipé(e)
9. Je me sens chaud(e), brûlant(e) et déshydraté(e)
10. J’ai la bouche douloureuse ou la langue sensible
11. J’ai de brusques bouffées de chaleur

0 1 2 3

1. Je dors moins de sept heures par nuit
2. J’ai de la difficulté à m’endormir et à rester endormi(e)
3. J’ai peur de faire de la haute pression, du cholestérol et des triglycérides
4. J’oublie de manger et j’ai peu d’appétit

Points totaux : «  . »

**Section B** :

0 1 2 3

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

ou réarranger des objets sans arrêt

1. Je m’inquiète des choses terribles qui pourraient arriver si je ne fais pas attention

Points totaux : «  . »

**Section C** :

0 1 2 3

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

Points totaux : «  . »

**Section D :**

0 1 2 3

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

Points totaux : «  . »

**Section E :**

0 1 2 3

1. Je me sens fatigué(e) sans raison apparente
2. J’éprouve une légère fatigue persistante après un exercice ou une activité physique
3. J’ai de la difficulté à me concentrer sur une tâche et à la terminer
4. Je me sens déprimé(e) et apathique
5. Je sens que mes mains, mes pieds ou mon corps entier sont froids ou glacés

sans raison apparente

1. Je n’ai aucun désir sexuel ou peu
2. J’ai spontanément des sueurs durant la journée
3. Je fais de la rétention de fluides et je me sens gonflé(e)
4. Je dors plus de neuf heures par nuit
5. J’ai peu de tonus musculaire
6. J’ai de la difficulté à perdre du poids
7. Je suis fatigué(e) au réveil même si je semble avoir eu beaucoup de sommeil
8. Je n’ai aucune énergie et je me sens faible physiquement
9. Je suis sujet(te) aux rhumes et à la grippe
10. Je me sens affaibli(e) par de nombreux symptômes, comme une mauvaise

digestion et des douleurs au corps

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

1. 2. Que considérez-vous comme la principale cause de votre stress (par exemple : conjoint, famille, amis, travail, finances, mariage, grossesse, affaire juridique, déplacement) :

Votre réponse :

1. Je prends un petit-déjeuner fois par semaine. Mon petit-déjeuner habituel est :
2. Je prends plusieurs vitamines / minéraux jours par semaine. Je prends un supplément d’huiles de poisson jours par semaine.
3. Je participe à 30 minutes d’activité physique, aérobic (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

1. Je fume cigarettes par jour.
2. 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

1. 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

1. 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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Envoyer le document rempli à l’adresse suivante :

[**ipsgsebastien@gmail.com**](mailto:ipsgsebastien@gmail.com)

Prener rendez-vous par mail ou par téléphone.

**+33 6.27.91.04.79**