

Prénom : Nom : Date : / / (jj/mm/aaaa)

Consigne de passation : Répondez le plus spontanément possible. Faites référence à des sensations que vous percevez régulièrement et non pas occasionnellement

	VRAI	FAUX
Vous sentez-vous souvent tendu(e), nerveux(se)		
Ressentez-vous souvent de l'inquiétude ?		
Êtes-vous souvent irritable ?		
Avez-vous habituellement des difficultés pour vous détendre ?		
Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs cervicales ou mal au dos ?		
Ressentez-vous souvent une ou plusieurs des manifestations suivantes : Tremblements, fourmillements, sensations de déséquilibre, sueurs, envies fréquentes d'uriner, boule dans la gorge, oppression thoracique, sensations de ballonnement, diarrhée ?		
Êtes vous inquiet(e) pour votre santé ?		
Score (nombre de vrai)		

Nous contacter :

fmc-ActioN - 3 rue La Fayette, 67100 STRASBOURG
www.fmcaction.org
Mail : info@fmcaction.org
Tél : 03 88 37 25 25 du lundi au vendredi de 9h à 17h