

DR 4–SM : Inventaire des indicateurs de bien-être*

Directives

Les réponses aux questions qui suivent servent d'indicateurs de la santé et du bien-être et décrivent comment les gens se sentent et se comportent. L'usage assidu de cet inventaire vous aidera à mieux vous connaître. Il peut aussi vous servir de journal pour suivre votre propre évolution en regard de ces indicateurs.

Nom _____ Classe _____ Date _____

| Veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux votre état d'esprit en regard de chacune des questions suivantes. | | Tout à fait | Assez | À peine | Pas du tout |
|--|---|-------------|-------|---------|-------------|
| 1. | Vous êtes-vous senti bien orienté et l'esprit clair aujourd'hui? | | | | |
| 2. | Vous êtes-vous senti reposé au réveil ce matin? | | | | |
| 3. | Vous êtes-vous senti énergique et prêt à agir aujourd'hui? | | | | |
| 4. | Vous êtes-vous senti plein de force aujourd'hui? | | | | |
| 5. | Vous êtes-vous senti en mesure de relever les défis aujourd'hui? | | | | |
| 6. | Vous êtes-vous senti heureux aujourd'hui? | | | | |
| 7. | Vous êtes-vous senti en mesure de conserver votre sens de l'humour aujourd'hui? | | | | |
| 8. | Vous êtes-vous senti sur le point de « perdre les pédales » ou d'avoir des accès de rage ou des explosions de colère aujourd'hui? | | | | |
| 9. | Était-il agréable d'être en votre compagnie aujourd'hui? | | | | |
| 10. | Vous-êtes vous senti stressé au cours de la journée? | | | | |
| 11. | Vous êtes-vous senti en mesure de gérer votre stress aujourd'hui? | | | | |
| 12. | Vous êtes-vous senti en mesure d'assumer vos responsabilités aujourd'hui? | | | | |
| 13. | Avez-vous l'impression de vous être bien entendu avec vos professeurs aujourd'hui? | | | | |
| 14. | Avez-vous l'impression d'avoir apprécié votre vie de famille aujourd'hui? | | | | |
| 15. | Avez-vous l'impression de vous être bien entendu avec vos amis aujourd'hui? | | | | |
| 16. | Vous êtes-vous senti en confiance aujourd'hui? | | | | |
| 17. | Étiez-vous bien dans votre corps aujourd'hui? | | | | |
| 18. | Étiez-vous en mesure d'accomplir votre travail aujourd'hui? | | | | |
| 19. | Avez-vous ressenti des symptômes dérangeants aujourd'hui? | | | | |
| 20. | Vous êtes-vous senti vulnérable à la maladie aujourd'hui? | | | | |

(suite)

*Source : Brain Injury Resource Center <www.headinjury.com>. Adapté avec l'autorisation du Centre.

DR 4–SM : Inventaire des indicateurs de bien-être (suite)

| Évaluez plus à fond votre état de bien-être en répondant aux questions qui suivent. | | |
|--|--|--|
| 21. | Quel a été l'événement le plus stressant de la journée? | |
| 22. | Comment y avez-vous réagi? | |
| 23. | Votre réaction a-t-elle contribué à améliorer les choses ou à les empirer ou la situation est-elle demeurée la même? | |
| 24. | Qu'est-ce qui vous a procuré le plus de détente aujourd'hui? | |
| 25. | Combien de temps avez-vous consacré à votre propre bien-être aujourd'hui? | |
| 26. | Cela a-t-il contribué à améliorer votre journée ou à empirer les choses? | |
| 27. | De quoi avez-vous eu à vous réjouir aujourd'hui? | |
| 28. | De quoi avez-vous eu à être reconnaissant aujourd'hui? | |
| 29. | Avez-vous manqué d'appétit aujourd'hui? | |
| 30. | Avez-vous commencé la journée par un déjeuner nourrissant? | |
| 31. | Combien de repas avez-vous pris aujourd'hui? | |
| 32. | Est-ce normal pour vous? (Reportez-vous à la question précédente.) | |
| 33. | Vos repas étaient-ils bien équilibrés? | |
| 34. | Combien de collations avez-vous prises aujourd'hui? | |
| 35. | Ces collations étaient-elles saines? | |
| 36. | Combien d'eau avez-vous bue aujourd'hui? | |
| 37. | Combien de boissons caféinées (p. ex., café, thé ou soda) avez-vous consommées aujourd'hui? | |
| 38. | Avez-vous pris des médicaments ou consommé des drogues aujourd'hui? | |

(suite)

DR 4–SM : Inventaire des indicateurs de bien-être (suite)

39. Combien de minutes au total avez-vous consacrées à chaque type d'activité aujourd'hui?

| Type d'activité | Minutes |
|--|---------|
| Légère | |
| Modérée | |
| Vigoureuse | |
| Étirement/entraînement contre résistance | |
| Autre : | |

40. Comment se compare votre niveau d'activité physique d'aujourd'hui par rapport à celui d'hier?

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Activité accrue | <input type="checkbox"/> | Activité réduite | <input type="checkbox"/> | Aucun changement d'activité |
| <input type="checkbox"/> | Suis resté au lit | <input type="checkbox"/> | Suis resté à la maison | <input type="checkbox"/> | Autre : |

41. Je me suis couché à _____. Je me suis réveillé à _____ (dernier réveil)