

Formulaire d'évaluation des habitudes de vie

version courte

1. Veuillez encercler votre niveau de santé actuel.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très mauvaise

Excellente

SOMMEIL

2.

- a. Moins de 4 hrs
- b. 4-5 heures
- c. 6 heures
- d. 7-8 heures
- e. 9 heures ou plus

3. Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti fatigué, ou avez-vous eu de la difficulté à rester éveillé durant les tâches routinières de la journée?

- a. Jamais
- b. Quelques jours
- c. Plus de la moitié des journées
- d. Quasiment tous les jours

NUTRITION

5. Au cours des dernières 2 semaines, à quelle fréquence avez-vous consommé de la malbouffe, des boissons su-crées (ex. boissons gazeuses, boissons énergisantes, jus) ou des aliments emballés (ex. chips, bonbons, craquelins, biscuits) ?

- a. Jamais
- b. Quelques jours
- c. Plus de la moitié des journées
- d. Quasiment tous les jours

6. Lors d'une journée habituelle, combien de portions de fruits et légumes consommez-vous (1 portion est l'équivalent d'une poignée et n'inclus pas de jus de fruits)?

- a. Moins de 2 portions
- b. 2-3 portions
- c. 4-5 portions
- d. Plus de 5 portions

GESTION DU POIDS

4. Que pensez-vous de votre poids actuel?

- a. Je voudrais prendre beaucoup de poids
- b. Je voudrais prendre un peu de poids
- c. Je suis satisfait de mon poids
- d. Je voudrais perdre un peu de poids
- e. Je voudrais perdre beaucoup de poids

EXERCICE

7. Dans les 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous fait de l'exercice d'intensité modérée à élevée (ex. une marche rapide, ou assez de mouvement pour être en légère sueur) ?

- a. Moins d'une fois par semaine
- b. 1-2 fois par semaine
- c. 3-4 fois par semaine
- d. 5 fois ou plus par semaine

8. Lors d'une période d'exercice moyenne, pendant combien de minutes faites-vous de l'exercice d'intensité modérée à élevée (ex. une marche rapide, ou assez de mouvement pour être en légère sueur) ?

- a. moins de 10 minutes
- b. 10-29 minutes
- c. 30-49 minutes
- d. 50 minutes ou plus

Patient Name: _____ DOB: _____

BUT ET CONNECTIONS SOCIALES / SANTÉ MENTALE

9. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous...	Pas du tout	Quelques Jours	Plus de la moitié des jours	Quasiment tous les
a. Senti que votre vie avait un but, une signification?	3	2	1	0
b. Connecté avec un groupe de support quel qu'il soit (ex. Communauté spirituelle, amis/famille, nature, yoga, méditation)	3	2	1	0
c. ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir à faire des activités ?	0	1	2	3
d. vous êtes-vous senti triste, déprimé, désespéré ?	0	1	2	3
e. vous êtes-vous senti nerveux, anxieux, à fleur de peau ?	0	1	2	3
f. ressenti trop d'inquiétude pour différentes choses ?	0	1	2	3

TABAGISME/ UTILISATION DE SUBSTANCES À RISQUE

Avez-vous consommé l'une ou plusieurs de ces substances dans la dernière année ?

10. NICOTINE (cigarettes, vapoteuses/cigarettes électroniques, cigares) **OUI** **NO**

Si vous avez répondu « OUI », combien de cigarettes utilisez-vous habituellement _____ cigarettes par jour

Si vous avez répondu « OUI » encerclez votre niveau de préoccupation vis-à-vis de la nicotine ? 0 1 2 3 4 5

11. ALCOOL (bière, vin, spiritueux) **OUI** **NO**

Si vous avez répondu « OUI », combien de cigarettes utilisez-vous habituellement _____ par jour

Si vous avez répondu « OUI » encerclez votre niveau de préoccupation vis-à-vis votre consommation d'alcool? 0 1 2 3 4 5

12. DROGUES RÉCRÉATIVES (cocaines héroïne, meth, ...) **OUI** **NO**

Si vous avez répondu « OUI », quelle quantité de drogue consommez-vous ? _____ par jour

Si vous avez répondu « OUI » encerclez votre niveau de préoccupation vis-à-vis votre consommation de drogue ? 0 1 2 3 4 5

13. CANNABIS **OUI** **NO**

Si vous avez répondu « OUI », quelle quantité de cannabis consommez-vous _____ par jour

Si vous avez répondu « OUI » encerclez votre niveau de préoccupation vis-à-vis votre consommation de cannabis? 0 1 2 3 4 5

MOTIVATION

14. Veuillez classer les 3 domaines que vous êtes les plus motivés à changer pour améliorer votre niveau de santé global actuel (1 étant le plus motivé)

Sommeil _____	gestion du poids _____	Nutrition _____
Exercice _____	But et connexion _____	Santé mentale _____
Utilisation de substances à risque _____		

Qu'est-ce qui vous motive à être plus en santé? _____

Patient Name: _____ DOB: _____