



Entrevue clinique de la fatigue

VERSION ADAPTÉE À LA CLIENTÈLE AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL

NOM :

DATE :

POUR CETTE SÉRIE DE QUESTIONS, RÉFÉREZ-VOUS AU DERNIER MOIS.

1. À quel point ressentez-vous de la fatigue ces derniers temps ? Comment décririez-vous votre niveau d'énergie ?

→

2. Depuis combien de temps avez-vous des problèmes de fatigue durant la journée ?

→

3. Aviez-vous des problèmes de fatigue avant de subir un TCC ?

oui

non

Si oui, aviez-vous besoin d'arrêter vos activités pendant la journée pour faire une sieste ou prendre du repos ?

→

4. À quelle fréquence ressentez-vous de la fatigue dans une semaine typique ?



JAMAIS



RAREMENT



QUELQUEFOIS



PRESQUE TOUS
LES JOURS



TOUS LES JOURS

5. À quel point ressentez-vous de la fatigue à ces différents moments de la journée ?

Sur une échelle de 1 à 10 (1 = AUCUNE FATIGUE / 10 = FATIGUE EXTRÊME)

Le matin au lever _____

En avant-midi _____

En après-midi _____

À l'heure du souper _____

En soirée _____

6. Avez-vous besoin d'arrêter vos activités pendant la journée pour vous reposer ou pour faire une sieste ?

oui

non

Si oui, à quelle fréquence ? _____

Si oui, quel type d'activités devez-vous interrompre ?

→

7. Faites-vous des siestes (où vous dormez) pendant la journée?

oui

non

Si oui, à quelle fréquence? _____

Quelle est la durée de vos siestes? _____

À quel moment de la journée faites-vous des siestes? _____

Comment vous sentez-vous après une sieste?

→

8. Prenez-vous des périodes de repos (sans dormir) pendant la journée?

oui

non

Si oui, à quelle fréquence? _____

Quelle est la durée de vos périodes de repos? _____

À quel moment de la journée prenez-vous du repos? _____

Comment vous sentez-vous après une période de repos?

→

9. Quels sont les effets de la fatigue sur votre vie quotidienne?

À quel point considérez-vous que la fatigue nuit à...

(1 = AUCUN EFFET/NE NUIT PAS DU TOUT / 10 = EFFET CONSIDÉRABLE/NUIT DE FAÇON EXTRÊME)

A) votre routine quotidienne? _____

B) votre humeur? _____

C) vos capacités mentales (attention, concentration, mémoire)? _____

D) vos activités sociales ou de loisirs? _____

E) votre vie familiale ou amoureuse? _____

F) votre occupation principale (travail, études, bénévolat)? _____

G) d'autres sphères de votre vie? _____

10. À quel point considérez-vous que votre fatigue est apparente pour les autres en termes de détérioration de votre qualité de vie?

(1 = AUCUNEMENT APPARENTE / 10 = EXTRÊMEMENT APPARENTE)

→

12. Selon vous, quelle est la cause de votre fatigue (ex. : stress, douleur, déprime, médicaments, activités, rien en particulier...)?

→

13. Parmi les éléments suivants, lesquels s'appliquent à votre situation et quelle est leur contribution sur votre niveau d'énergie et sur votre fatigue dans la journée?

	<i>Précisez la nature, la fréquence et la sévérité des difficultés</i>	<i>À quel point cet élément contribue à vos difficultés (%)</i>
Anxiété, nervosité, inquiétude		
Dépression, tristesse, perte d'intérêt		
Consommation d'alcool ou de drogue		
Douleur		
Problème médical		
Prise de médicaments prescrits ou sans ordonnance		