

# QUESTIONNAIRE DE PERCEPTION DE LA SANTÉ

Nom : .....

Prénom : .....

Maj : 19/10/2021

De manière générale, comment estimez-vous votre condition physique actuelle ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très mauvaise Excellente

Vous trouvez-vous plutôt mince ou plutôt rond ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Trop mince Trop de poids

Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout Très équilibrée

Dormez-vous bien la nuit et vous sentez-vous reposé ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je dors très mal Je dors très bien

Vous sentez-vous stressé ces temps-ci ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très stressé Très détendu

Comment percevez-vous votre niveau général de santé actuellement ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très mauvais Très bon

Vous sentez-vous isolé socialement ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Énormément Pas du tout

Avez-vous des difficultés de concentration ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Très mauvaise Excellente

