

Nom: Prénom:

Tél :

Email :@.....

Date de naissance : Taille : Poids :



Questionnaire de stress perçu par Cohen

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
1. Avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu ?	<input type="checkbox"/>				
2. Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	<input type="checkbox"/>				
3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?	<input type="checkbox"/>				
4. Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	<input type="checkbox"/>				
5. Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?	<input type="checkbox"/>				
6. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?	<input type="checkbox"/>				
7. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	<input type="checkbox"/>				
8. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	<input type="checkbox"/>				
9. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	<input type="checkbox"/>				
10. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	<input type="checkbox"/>				
11. Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?	<input type="checkbox"/>				
12. Vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?	<input type="checkbox"/>				
13. Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?	<input type="checkbox"/>				
14. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?	<input type="checkbox"/>				