

Stress, Emotions and Affective State

Early Prediction and Prevention of Mood Disorders

Multinational Study Programme

Questionnaire Zurichois de Santé (QZS)

St. Kuny and H. H. Stassen

ÉTUDE	[_ _ _ _]	1-4
GROUPE	[_ _]	5-6
PERSONNE	[_ _ _]	7-9
Sexe (1= masculin, 2= féminin)	[_]	15
Date de naissance (jour=01/mois/année)	[0 1 : _ _ : _ _ _ _]	16-21
Taille (en cm)	[_ _ _]	22-24
Poids (en kg)	[_ _ _]	25-27
Formation (1= école primaire, 2= apprentissage, 3= gymnase, 4= haute école)	[_]	49
DATE (jour/mois/année)	[_ _ : _ _ : _ _ _ _]	50-57
INTERVIEWER	[_ _ _]	58-60
INSTITUTION	[_ _]	61-62



Pour répondre au questionnaire: Lisez chaque question attentivement, puis choisissez une réponse. Si vous avez le sentiment, qu'aucune réponse ne vous convient, choisissez celle qui vous convient le mieux. Toutes vos indications seront traitées confidentiellement!

Numéro de la carte

1-12 dupl
[_ _] 13-14

FUMER

Laisser la colonne libre

Que fumez-vous **par jour**?

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----|----------|
| 1) Nombre de cigarettes | aucune <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 15 |
| 2) Nombre de cigares/cigarillos | aucun <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 16 |
| 3) Nombre de pipes | aucune <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 17 |

ALCOOL

Quelle est votre consommation hebdomadaire **moyenne**?

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-----|----------|
| 1) Nombre de verres de bière | aucun <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 18 |
| 2) Nombre de verres de vin/cidre | aucun <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 19 |
| 3) Nombre de verres d'eau de vie/ de liqueur/
Cognac/, Whisky, etc | aucun <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 20 |

Pour répondre au questionnaire: Lisez chaque question attentivement, puis choisissez une réponse. Si vous avez le sentiment, qu'aucune réponse ne vous convient, choisissez celle qui vous convient le mieux. Toutes vos indications seront traitées confidentiellement!

MÉDICAMENTS

Laisser la colonne libre

Combien de fois avez-vous pris les médicaments suivants, pendant ces **3 derniers mois**?

- | | | | | |
|----|--|-------------------------------------|-----|----------|
| 1) | <i>Somnifères</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines <input type="checkbox"/> | | (5) | [_] 21 |
| 2) | <i>Antidouleurs</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines <input type="checkbox"/> | | (5) | [_] 22 |
| 3) | <i>Tranquillisants (p. ex. Valium, Librium</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | plus de 20 <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines <input type="checkbox"/> | | (5) | [_] 23 |
| 4) | <i>Prenez-vous régulièrement d'autres médicaments?</i> | non <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | oui <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 24 |
| | <i>Si oui, lesquels (ne pas signaler la pilule contraceptive)?</i> | | | |
| | | | | |
| 5) | <i>Question pour les femmes seulement : Prenez-vous la pilule contraceptive?</i> | non <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | oui <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 25 |
| | <i>Si oui, laquelle (nom de produit)?</i> | | | |
| | | | | |

DROGUES: Nous aimerions encore une fois vous signaler que vos indications sont soumises au secret médical et ne seront utilisées que pour cette étude.

DROGUES

Laisser la colonne libre

Combien de fois avez-vous consommé des drogues, ces **3 derniers mois**?

- | | | | | |
|--|---|--------------------------|-----|----------|
| 1) <i>Haschich/Marijuana</i> | jamais | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 26 |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| 2) <i>LSD, STP, mescaline, "magic mushrooms"</i> | jamais | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 27 |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| 3) <i>Opiacés (heroïne, morphine, opium), méthadone</i> | jamais | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 28 |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| 4) <i>Cocaïne, crack, free base</i> | jamais | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 29 |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| 5) <i>Amphétamines, Speed, MDMA, Ecstasy, MDE, "Eve"</i> | jamais | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 30 |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| 6) <i>Autres stupéfiants</i> | Jamais | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 31 |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | plus de 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | Presque tous les jours ces 2 dernières semaines | <input type="checkbox"/> | (5) | |

INFORMATIONS SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ: Nous aimerions vous rappeler que vos indications sont soumises au secret médical et ne seront utilisées que pour cette étude.

SANTÉ

Laisser la colonne libre

Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu les troubles ou maladies suivants?

- | | | |
|--|---|----------|
| 1) Maladies du foie (également hépatite) | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 32 |
| 2) Maladies rénales | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 33 |
| 3) Diabète | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 34 |
| 4) Autres maladies métaboliques | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 35 |
| Si oui, lesquelles? | | |
| 5) Méningite | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 36 |
| 6) Convulsions, crises épileptiques | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 37 |
| 7) Migraine, autres maux de tête chroniques | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 38 |
| 8) Traumatisme de crâne/cerveau, commotion cérébrale avec perte de connaissance, saignement cérébral, ictus cérébral sans blessure. | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 39 |
| 9) Problèmes allergiques: asthme, rhume des foins, eczéma (ne pas indiquer si l'acné) | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | [_] 40 |
| 10) Votre propre naissance était-il difficile (avec des complications)? (forceps, vacuum, accouchement très long, naissance avant terme) | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | oui <input type="checkbox"/> (1) | |
| | je ne sais pas <input type="checkbox"/> (9) | [_] 41 |
| 11) Combien de fois faites-vous une promenade, excursion, ballade à pied, randonnée pédestre? | rarement <input type="checkbox"/> (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> (1) | |
| | régulièrement <input type="checkbox"/> (2) | [_] 42 |
| 12) Roulez-vous à vélo? | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> (1) | |
| | régulièrement <input type="checkbox"/> (2) | [_] 43 |
| 13) Exercez-vous un sport? | non <input type="checkbox"/> (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> (1) | |
| | régulièrement <input type="checkbox"/> (2) | [_] 44 |

INFORMATIONS SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ: Nous aimerions vous rappeler que vos indications sont soumises au secret médical et ne seront utilisées que pour cette étude.

Ce **derniers 6 mois** avez-vous souffert de problèmes de santé suivants?

Laisser la colonne libre

- | | | | |
|---|--|-----|----------|
| 1) <i>Maux de tête</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 45 |
| 2) <i>Troubles de l'endormissement ou éveils fréquents</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 46 |
| 3) <i>Troubles de la concentration ou de la mémoire</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 47 |
| 4) <i>Péjoration rapide de l'acuité visuelle</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 48 |
| 5) <i>Troubles de la vision (oscillopsie, diplopie, etc.)</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 49 |
| 6) <i>Vertiges</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 50 |
| 7) <i>Pertes de conscience</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 51 |
| 8) <i>Sentiment de faiblesse, d'un côté du corps (également un sentiment paralysie passagère du bras ou de la jambe).</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 52 |
| 9) <i>Tremblements, troubles de la démarche (autres symptômes dus à un sevrage)</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 53 |
| 10) <i>Sentiment d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties du corps</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 54 |

INFORMATIONS SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ: Nous aimerions vous rappeler que vos indications sont soumises au secret médical et ne seront utilisées que pour cette étude.

Ce derniers 6 mois avez-vous souffert des troubles suivants?

Laisser la colonne libre

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-----|----------|
| 11) <i>Manque d'appétit, difficulté de déglutition</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 55 |
| 12) <i>Brûlures d'estomac, douleurs d'estomac</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 56 |
| 13) <i>Ulcères d'estomac ou du duodénum</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 57 |
| 14) <i>Constipation, diarrhée, maux de ventre</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 58 |
| 15) <i>Changements de poids significatifs</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 59 |
| 16) <i>Allergies de la peau, rhume des foins</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 60 |
| 17) <i>Crises d'asthme</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 61 |
| 18) <i>Douleurs dorsales</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 62 |
| 19) <i>Douleurs cardiaques (aigues, sensations de pression)</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 63 |
| 20) <i>Question pour les femmes seulement: Troubles de menstruation (douleurs, irritabilité)</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 64 |

INFORMATIONS SUR VOTRE ÉTAT DE SANTÉ: Nous aimerions vous rappeler que vos indications sont soumises au secret médical et ne seront utilisées que pour cette étude.

PSYCHIATRIE

Laisser la colonne libre

Au cours de votre vie, avez-vous souffert des troubles suivants?

- | | | | | |
|----|--|--------------------------------------|-----|----------|
| 1) | <i>Angoisses injustifiées face à des situations précises (foules, places publiques, animaux)</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 65 |
| 2) | <i>Crises d'angoisse sans raison précise</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 66 |
| 3) | <i>Troubles nerveux</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 67 |
| 4) | <i>Humeur fortement déprimée (manque d'énergie, absence de plaisir, manque de motivation)</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 68 |
| 5) | <i>Pensées suicidaires</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 69 |
| 6) | <i>Obsessions persistantes (devoir répéter certaines activités: vérifier, se laver, etc.)</i> | jamais <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | parfois <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | fréquemment <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | En traitement médical à cause de cela | <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 70 |
| 7) | <i>Avez-vous déjà suivi un traitement psychiatrique ou psychologique? (Ne pas mentionner: Conseiller en formation, tests d'aptitude, etc.)</i> | non <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | oui <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 71 |
| 8) | <i>Quelqu'un de votre famille a-t-il déjà suivi un traitement psychologique ou psychiatrique? Si oui,</i> | non <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | oui <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | père <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | mère <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | fratrie <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 72 |
| 9) | <i>Est-ce que quelqu'un de votre famille s'est suicidé? Si oui,</i> | non <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | oui <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | père <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | mère <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | fratrie <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 73 |