

Échelle d'invalidité de Sheehan

Les questions suivantes se rapportent aux 2 dernières semaines

Placer une croix à l'endroit qui correspond le plus à votre situation

Vos symptômes ont perturbé votre travail:



Vos symptômes ont perturbé votre vie sociale/vos loisirs



Vos symptômes ont perturbé votre vie familiale/vos tâches domestiques



Combien de jours au cours de la dernière semaine vos symptômes vous ont-ils empêché-e d'aller au travail ou rendu-e incapable d'assumer vos responsabilités quotidiennes ?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> 4 jours |
| <input type="checkbox"/> 1 jour | <input type="checkbox"/> 5 jours |
| <input type="checkbox"/> 2 jours | <input type="checkbox"/> 6 jours |
| <input type="checkbox"/> 3 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours |

Combien de jours au cours de la dernière semaine vous êtes-vous senti-e si affaibli-e par vos symptômes que, même si vous êtes allé.e au travail, votre efficacité était réduite ?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> 4 jours |
| <input type="checkbox"/> 1 jour | <input type="checkbox"/> 5 jours |
| <input type="checkbox"/> 2 jours | <input type="checkbox"/> 6 jours |
| <input type="checkbox"/> 3 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours |