

<p>Situation professionnelle</p>	<p><input type="checkbox"/> En activité</p> <p><input type="checkbox"/> Sans emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Au foyer</p> <p><input type="checkbox"/> Étudiant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (service militaire)</p>	<p><input type="checkbox"/> En activité</p> <p><input type="checkbox"/> Sans emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Retraité(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Au foyer</p> <p><input type="checkbox"/> Étudiant(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (service militaire)</p>
<p>Profession</p>	<p><input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant</p> <p><input type="checkbox"/> Artisan, commerçant ou chef d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre ou profession intellectuelle supérieure</p> <p><input type="checkbox"/> Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Profession intermédiaire</p> <p><input type="checkbox"/> Employé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvrier (y compris ouvrier agricole)</p>	<p><input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant</p> <p><input type="checkbox"/> Artisan, commerçant ou chef d'entreprise</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre ou profession intellectuelle supérieure</p> <p><input type="checkbox"/> Profession libérale</p> <p><input type="checkbox"/> Profession intermédiaire</p> <p><input type="checkbox"/> Employé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvrier (y compris ouvrier agricole)</p>

I - ANTÉCÉDENTS

◆ Avez-vous fait votre service national ? OUI NON

Si non, pourquoi ? _____

◆ SOMATIQUES

Neurologiques

Avez-vous eu un AVC, épilepsie, céphalées ou d'autres maladies du système nerveux ?

Détails : _____

Cardiologiques

Avez-vous eu un infarctus du myocarde, des troubles du rythme ou une autre maladie cardiaque ?

Détails : _____

Ophtalmologiques

Avez-vous une cataracte ou d'autres maladies des yeux ?

Détails : _____

ORL

Avez-vous eu des acouphènes, des vertiges ou d'autres maladies des oreilles ?

Détails : _____

Pneumologiques

Avez-vous de l'asthme, une bronchite chronique ou d'autres maladies respiratoires ?

Détails : _____

Vasculaire

Avez-vous de l'hypertension artérielle ou d'autres maladies des vaisseaux sanguins ?

Détails : _____

Néphrologiques

Avez-vous une insuffisance rénale chronique ou d'autres maladies des reins ou voies urinaires ?

Détails : _____

Gastro-entérologies

Avez-vous eu un ulcère gastroduodénal ou d'autres maladies du système digestif ?

Détails : _____

Endocriniens

Avez-vous du diabète ou d'autres maladies des glandes ?

Détails : _____

Traumatologiques

Avez-vous eu un traumatisme crânien ou d'autres accidents ?

Détails : _____

Anesthésiques

Avez-vous eu des complications anesthésiques ?

Détails : _____

Obstétriques

Avez-vous eu des grossesses avec ou sans complications ?

Détails : _____

◆ PSYCHIATRIQUES

Trouble de l'humeur

Détails : _____

Trouble psychotique

Détails : _____

Anxiété

Détails : _____

Addiction

Détails : _____

Autres _____

◆ TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ACTUEL

Molécules utilisées :

Nature du traitement :

Durée du traitement :

II - BILAN CIRCONSTANCIEL DU F

- ◆ DÉLAI DE LA CS : ___/___ (année/mois)
- ◆ MOIS DU F : _____
- ◆ JOUR DE LA SEMAINE : _____
- ◆ HEURE DU F : ___/___ (heure/minute)
- ◆ DÉPARTEMENT : _____
- ◆ ALTITUDE : _____ (mètres)

1 - ENVIRONNEMENT

		<u>Si oui</u>	
<u>À l'extérieur :</u>	<input type="checkbox"/> NON	sous un arbre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> OUI	sous une tente	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		à proximité de la mer ou d'une étendue d'eau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		à proximité d'un lieu élevé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		à proximité d'une voiture	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		au téléphone	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		en avion	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		en bateau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>À l'intérieur :</u>	<input type="checkbox"/> NON	à proximité ou en contact d'un point d'eau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> OUI	à proximité ou en contact de conducteurs (appareils électriques / conduit de cheminée)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Dans un véhicule automobile ou autre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

2 - MÉTÉO

<u>Prévision de la veille :</u>	Orages	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>Météo du jour :</u>	Soleil / Éclaircies	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Variable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

	Couvert	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Pluie / Averses	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Orageux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Durant l'orage :	Tonnerre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Éclairs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Boule de feu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Délai entre le tonnerre et l'éclair (en secondes)	___ s

3 - ACTIVITÉ AU MOMENT DU F

- Sport oui non
 Si oui, lequel : _____
- Loisir oui non
 Si oui, lequel : _____
- Travail oui non
 Si oui, lequel : _____
- Activité ménagère oui non
- Utilisation d'appareils électroniques ou électriques oui non

4 - CONTACT OU PORT D'OBJET MÉTALLIQUE

- Bracelet / collier / bague / ceinture oui non

5 - NOMBRE DE PERSONNES

		Si oui	
GROUPE	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Nombre de personnes	___
		Autres personnes atteintes au sein du groupe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Si oui	
		Touchées/lésées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez le nombre : ___ Précisez le type de

			lésion(s) : _____ _____	
			Décédés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez le nombre : __ __
		Réaction des personnes présentes		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Si oui	
			Donnent l'alerte	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Premiers secours	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

6 - PRÉSENCE D'ANIMAUX

		Si oui	
ANIMAUX	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Type d'animaux	
		Compagnie (chat / chien)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Précisez : _____	
		Domestique (bétails)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Précisez : _____	
		Autre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Précisez : _____	
Atteinte des animaux		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		Si oui	
		Touchés/lésés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez le nombre : __ __
		Décédés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez le nombre : __ __

7 - MÉCANISME DU F

Choc direct	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Éclair latéral	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Contact	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tension de pas	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

8 - BLAST : onde de choc

oui non

Si effet de blast :

Primaire

Secondaire

Tertiaire

III - BILAN et PRISE EN CHARGE INITIAUX

- Fait sur le terrain par :
- Témoins
 - Secours de passage
 - Secours professionnels
- Fait pendant le transport:
- Fait à l'hôpital :
- Fait en ambulatoire :
- Fait rétrospectivement lors de la consultation :

1/ SYMPTOMATOLOGIE INITIALE**A/ BILAN FONCTIONNEL :****a-CARDIOLOGIQUE**

- Arrêt cardio-respiratoire (asystolie / fibrillation ventriculaire) oui non
- Collapsus (baisse de la pression artérielle) oui non
- Douleurs thoraciques oui non
- Arythmie au pouls (irrégularité des pulsations cardiaques) oui non

b-NEUROLOGIQUE

- Perte de connaissance (quelques minutes)
Précisez la durée (minutes) : _____ oui non
- Coma (plusieurs heures) oui non
- Troubles de mémoire ou du langage (aphasie/amnésie) oui non
- Troubles sensitifs (paresthésie/dysesthésie) oui non
- Anesthésie oui non
- Troubles moteurs permanents (paralysie/déficit) oui non
- Kéraunoparalysie : paralysie transitoire post-foudroiement oui non
- Précisez la localisation : _____
- Précisez la durée : __/___
- Céphalées ou maux de tête oui non

Convulsions oui non

Perte d'urines ou morsure de langue oui non

c-PULMONAIRE

Arrêt respiratoire/apnée oui non

Difficultés respiratoires (dyspnée/gasps/polypnée) oui non

B/BILAN LESIONNEL

a-CUTANE

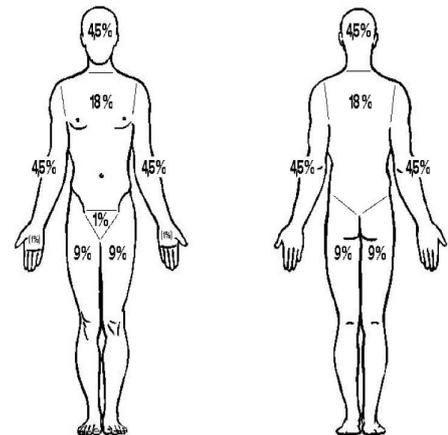
Erythème (rouge) oui non

Phlyctènes (Bulles) oui non

Escarres (noires) oui non

localisation

Fig 201.2 Evaluation de la Surface Corporelle Brûlée (SCB) = Règle des 9 de Wallace



b-ORL

Surdité (rupture de la membrane tympanique) oui non

Acouphènes oui non

Vertiges oui non

c-OHTALMOLOGIQUE

Aveugle (cécité) oui non

Flash/distorsions visuelles oui non

d-TRAUMATOLOGIQUE

Impotence fonctionnelle oui non

Douleurs oui non

e-MUSCULAIRE

Hypertonie/contracture musculaire oui non

f-AUTRES

Précisez : _____

C/ PSYCHOTRAUMATIQUE

Au moment du foudroiement ou immédiatement après :

a-DISSOCIATION PERITRAUMATIQUE

1- Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait - j'étais complètement déconnecté-e ou je me suis senti comme si je ne faisais pas partie de ce qui se passait.

Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

2- Je me suis retrouvé-e comme en "pilotage automatique" - j'ai réalisé plus tard que je m'étais mis-e à faire des choses que je n'avais pas activement décidées de faire.

Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

3- Ma perception du temps était changée - les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti.

Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

4- Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou regardant un film, ou en train de jouer un rôle.

Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

5- C'est comme si j'étais le ou la spectateur-trice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observait de l'extérieur.

Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

6- Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était déformée ou modifiée. Je me sentais déconnecté-e de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.

Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

7- J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi -comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

8- J'ai été surpris-e de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

9- J'étais confus-e; c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

10- J'étais désorienté-e; c'est-à-dire que par moment j'étais incertain-e de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était.

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

b-DETRESSE PERITRAUMATIQUE

1- Je ressentais de l'impuissance

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

2- Je ressentais de la tristesse et du chagrin

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

3- Je me sentais frustré(e) et en colère

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

4- J'avais peur pour ma propre sécurité

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

5- Je me sentais coupable

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

6- J'avais honte de mes réactions émotionnelles

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

7- J'étais inquiet pour la sécurité des autres

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

8- J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

9- J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

10- J'étais horrifié(e)

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

11- J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

12- Je sentais que je pourrais m'évanouir

- Pas du tout vrai Un peu vrai Plutôt vrai Très vrai Extrêmement vrai

2/ SOINS D'URGENCE PRÉ-HOSPITALIERS

- Aucun
- ECG
- Bilan biologique
- Réanimation cardio pulmonaire avec défibrillation
- Réanimation cardio pulmonaire sans défibrillation
- Oxygénothérapie
- Pose de voie veineuse périphérique et perfusions
- Injection de sédatifs
- Injection d'analgésiques
- Immobilisation fracture
- Pansements/ Hémostase
- Autre

3/ TRANSPORT

- Voiture

Ambulance

Hélicoptère

Autre _____

Durée du transport : ___/___ (heures /minutes)

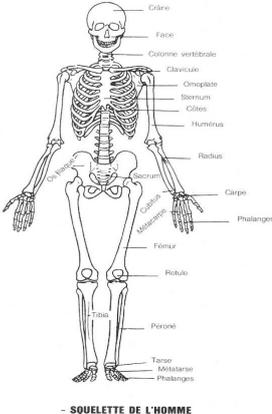
4/ SERVICE D' HOSPITALISATION

Accueil des urgences

Service spécialisé, précisez : _____

5/ BILAN CLINIQUE et PARACLINIQUE HOSPITALIER

DURÉE D' HOSPITALISATION ___/___/___ (jour/mois/année)

<u>APPAREIL CONCERNE</u>	<u>EXAMENS</u>	<u>RESULTATS</u>
Cardiologique :		
<input type="checkbox"/> Examen clinique	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Enzymes cardiaques	
Neurologique :		
<input type="checkbox"/> Examen clinique	<input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Imagerie cérébrale	
Ophtalmologique		
<input type="checkbox"/> Examen clinique	<input type="checkbox"/> Examens complémentaires	
ORL		
<input type="checkbox"/> Examen clinique	<input type="checkbox"/> Examens complémentaires	
Néphrologique :		
<input type="checkbox"/> Examen clinique	<input type="checkbox"/> Fonction rénale (créatinine, DFG)	
Traumatologique		
<input type="checkbox"/> Examen clinique	<input type="checkbox"/> Radiographies	 <p style="text-align: center;">- SQUELETTE DE L'HOMME</p>
Psychiatrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	
Cutané	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	
Bilan biologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	

IV - ÉVOLUTION

JOUR DU BILAN INITIAL : ___/___/___

HEURE DU BILAN INITIAL: ___/___

1/ ÉVOLUTION DES TROUBLES

<u>APPAREILS CONCERNES</u>	<u>TROUBLES PASSES</u>	<u>DUREE DES TROUBLES JJ/MM/AA</u>	<u>TROUBLES ACTUELS</u>
<u>A-CARDIOLOGIQUE</u>			
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Asystolie/Fibrillation ventriculaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles de la conduction	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Atteinte péricardique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>B-NEUROLOGIQUE</u>			
Anesthésie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Paresthésie/Dysesthésie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Paralyse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Déficit moteur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Céphalées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>C-CUTANE</u>			
Figure de Lichtenberg Précisez la localisation : _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres : _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>D-ORL</u>			
Rupture de la membrane tympanique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lésion vestibulaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>E-OPHTALMOLOGIQUE</u>			

Cataracte Précisez le délai d'apparition (mois) : _____			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hémorragie intra-oculaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Iritis	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>F-TRAUMATOLOGIQUE</u>			
Fracture	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Luxation articulaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Contusions	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>6-NEPHROLOGIQUE</u>			
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Élévation des CPK	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Myglobinurie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	___/___/___	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

2/ RÉÉDUCATION À DISTANCE oui non**3/ RÉHOSPITALISATION À DISTANCE (en lien avec le foudroiement)** oui non

V - PSYCHOTRAUMATOLOGIE**1- SYMPTOMATOLOGIE DANS LES MOIS SUIVANTS LE FOUDDROIEMENT****A/ EPISODE DEPRESSIF MAJEUR.**

A1	APRÈS LE FOUDDROIEMENT , VOUS ÊTES-VOUS SENTI(E) PENDANT AU MOINS DEUX SEMAINES, PARTICULIÈREMENT TRISTE, CAFARDEUX(SE), DÉPRIMÉ(E), LA PLUPART DU TEMPS AU COURS DE LA JOURNÉE, ET CE, PRESQUE TOUS LES JOURS ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
A2	AU COURS DE CES DEUX SEMAINES , AVIEZ-VOUS PRESQUE TOUT LE TEMPS LE SENTIMENT DE N'AVOIR PLUS GOÛT À RIEN, D'AVOIR PERDU L'INTÉRÊT OU LE PLAISIR POUR LES CHOSES QUI VOUS PLAISENT HABITUELLEMENT ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
A3	Au cours de cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :		
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI , SI OUI À L'UN OU L'AUTRE	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON)		EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE

**EPISODE DEPRESSIF
MAJEUR ACTUEL**

B/ ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

I2 Aviez-vous souvent pensé de façon pénible au foudroiement, en aviez-vous rêvé, ou aviez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ? NON OUI

I3 Pendant cette période (pensées, souvenirs, rêves pénibles) :

- a Aviez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou aviez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ? NON OUI
 - b Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ? NON OUI
 - c Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ? NON OUI
 - d Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ? NON OUI
 - e Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ? NON OUI
 - f Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ? NON OUI
- Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ? NON OUI

I4 Pendant cette période :

- a Aviez-vous eu des difficultés à dormir ? NON OUI
 - b Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ? NON OUI
 - c Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ? NON OUI
 - d Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ? NON OUI
 - e Un rien vous faisait-il sursauter ? NON OUI
- Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ? NON OUI

I5 Ces problèmes vous ont-ils gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ? NON OUI

I5 EST-ELLE COTEE OUI ?

<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE PASSE	
ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL	

C/ TROUBLE PANIQUE

E1	Suite au foudroiement , aviez-vous eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous étiez senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10'?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT À F1			
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT À F1			
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, aviez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT À F1			
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :		
a	Aviez vous des palpitations ou votre coeur battait-il très fort ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
k	Aviez-vous peur de mourir ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
		TROUBLE PANIQUE ACTUEL	

D/ AGORAPHOBIE

F1	<p>Suite au foudroiement, étiez-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serez difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?</p>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
----	---	------------------------------	------------------------------

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2	<p>Redoutiez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitiez ou bien étiez-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontiez seul(e) ou bien encore essayiez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous deviez les affronter ?</p>	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
AGORAPHOBIE PASSEE			
AGORAPHOBIE ACTUELLE			

2- INTENSITE SYMPTOMATIQUE ACTUELLE**A/ EPISODE DEPRESSIF MAJEUR**

Consigne : ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soins chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des 2 dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le.

Tristesse	0. Je ne me sens pas triste 1. Je me sens très souvent triste 2. Je suis tout le temps triste 3. Je suis si triste ou si malheureux (se) que ce n'est pas supportable.
Pessimisme	0. Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir. 1. Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir. 2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi. 3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
Échecs dans le passé	0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e). 1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû. 2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs. 3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
Perte de plaisir	0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent. 1. Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant. 2. J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement. 3. Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.
Sentiments de culpabilité	0. Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1. Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2. Je me sens coupable la plupart du temps. 3. Je me sens tout le temps coupable.
Sentiment d'être puni	0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e). 1. Je sens que je pourrais être puni(e). 2. Je m'attends à être puni(e). 3. J'ai le sentiment d'être puni(e).
Sentiments négatifs envers soi-même	0. Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé. 1. J'ai perdu confiance en moi. 2. Je suis déçu(e) par moi-même. 3. Je ne m'aime pas du tout.
Attitude critique envers soi	0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude. 1. Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais. 2. Je me reproche tous mes défauts. 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
Pensées ou désirs de suicide	0. Je ne pense pas du tout à me suicider. 1. Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas. 2. J'aimerais me suicider. 3. Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

Pleurs	<p>0. Je ne pleure pas plus qu'avant.</p> <p>1. Je pleure plus qu'avant.</p> <p>2. Je pleure pour la moindre petite chose.</p> <p>3. Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p>
Agitation	<p>0. Je ne suis pas plus tendu(e) ou agité(e) que d'habitude.</p> <p>1. Je me sens plus tendu(e) ou agité(e) que d'habitude.</p> <p>2. Je suis si tendu(e) ou agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.</p> <p>3. Je suis si tendu(e) ou agité(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p>
Perte d'intérêt	<p>0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.</p> <p>1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.</p> <p>2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.</p> <p>3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.</p>
Indécision	<p>0. Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.</p> <p>2. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.</p> <p>3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.</p>
Dévalorisation	<p>0. Je pense être quelqu'un de valable.</p> <p>1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.</p> <p>2. Je me sens moins valable que les autres.</p> <p>3. Je ne vauds absolument rien.</p>
Perte d'énergie	<p>0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.</p> <p>1. J'ai moins d'énergie qu'avant.</p> <p>2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.</p> <p>3. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p>
Modifications dans les habitudes de sommeil	<p>0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.</p> <p>1a. Je dors un peu plus que d'habitude.</p> <p>1b. Je dors un peu moins que d'habitude.</p> <p>2a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>2b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.</p> <p>3a. Je dors presque toute la journée.</p> <p>3b. Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p>
Irritabilité	<p>0. Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.</p> <p>1. Je suis plus irritable que d'habitude.</p> <p>2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.</p> <p>3. Je suis constamment irritable.</p>
Modifications de l'appétit	<p>0. Mon appétit n'a pas changé.</p> <p>1a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>1b. J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.</p> <p>2a. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>2b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.</p> <p>3a. Je n'ai pas d'appétit du tout.</p> <p>3b. J'ai constamment envie de manger.</p>
Difficultés à se concentrer	<p>0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.</p> <p>2. J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.</p> <p>3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.</p>

Fatigue	<ol style="list-style-type: none">0. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
Perte d'intérêt pour le sexe	<ol style="list-style-type: none">0. Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.2. Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

B/PTSD

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veillez lire chaque problème avec soin puis veuillez indiquer parmi les réponses possibles à quel point, dans le mois écoulé, vous avez été perturbé par le foudroiement en cochant la case correspondante.

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec le foudroiement					
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec le foudroiement					
3. Brusquement agir ou sentir comme si le foudroiement se reproduisait (comme si vous étiez en train de la/le revivre).					
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle le foudroiement					
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé le foudroiement					
6. Éviter de penser ou de parler du foudroiement ou éviter des sentiments qui sont en relation avec le foudroiement					
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent le foudroiement					
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de le foudroiement					
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.					
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.					
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.					
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.					
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).					
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.					
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.					
16. Entre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.					
17. Se sentir énérvé(e) ou sursauter facilement.					

C/ PHOBIE DE L'ORAGE

- Pas de malaise dans cette situation.
- Je me sens mal à l'aise mais n'évite pas la situation.
- J'ai nettement peur et tendance à éviter la situation.
- J'ai une peur intense de la situation et je l'évite autant que possible
- J'ai extrêmement peur de la situation et je l'évite toujours.

VI - ASPECT MEDICO-LEGAL

		Si oui	
1- ARRET DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Durée : ____/____ (mois/jours) Conditions de reprise du travail <input type="checkbox"/> Identiques <input type="checkbox"/> Mi-temps thérapeutique <input type="checkbox"/> Poste aménagé/reclassement Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
2 - EVOLUTION DE CARRIERE FAVORABLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
3 - ACCIDENT DU TRAVAIL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Reconnaissance en accident du travail <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
4- EXPERTISE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Nombre d'expertise : _____ Incapacité permanente <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez le système anatomique concerné : _____ Taux d'invalidité : _____	
5 - PREJUDICES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Préjudice d'agrément <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Diminution des loisirs <input type="checkbox"/> Arrêt des loisirs
		Préjudice d'établissement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Modification de la configuration familiale <input type="checkbox"/> Rupture dans la vie de famille
		Préjudice de formation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Diminution des capacités à étudier <input type="checkbox"/> Arrêt des études
		Préjudice sexuel <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Modification de la libido <input type="checkbox"/> Trouble fonctionnel
		Taux d'incapacité : _____	
6 - PROCEDURES/LITIGES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
7 - DEGATS MATERIELS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Électronique/Électrique <input type="checkbox"/> Construction/Habitation <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Autre, _____	

