

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DE
L'ADAPTATION RELATIVE AUX ACTIVITÉS SOCIALES
ET AUX TRAVAUX SCOLAIRES - WSAS-Y**

Version pour enfants et adolescents
de 6 à 19 ans

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe	
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> I
Ville		Code postal	

► **Veillez indiquer dans quelle mesure les pensées, les émotions et le comportement de votre enfant réduisent sa capacité à faire les activités suivantes ?**

- Réponds aux items en fonction des deux dernières semaines ou du temps écoulé depuis ta dernière consultation.
- Utilise l'échelle suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Légèrement	Certainement	Fortement			Très gravement		

- Réponds à chacun des items en sélectionnant le chiffre qui correspond le mieux à ta situation.

Items	0	1	2	3	4	5	6	7	8
1. TRAVAUX SCOLAIRES – Si tu ne réussis pas bien à l'école, coches la case "8".	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
2. TÂCHES À LA MAISON – ta capacité à faire le ménage, ranger, aider à cuisiner, s'occuper de tes frères et sœurs, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
3. TEMPS LIBRES AVEC D'AUTRES PERSONNES – Ta capacité à avoir du plaisir lors de fêtes, de sorties, de visites, de rencontres, avec d'autres personnes à la maison etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
4. TEMPS LIBRES SEULS – Ta capacité à avoir du plaisir à l'extérieur de l'école et des tâches à la maison. Par exemple : lire, loisir, écouter ou jouer de la musique, de l'exercice, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
5. RELATIONS AVEC LA FAMILLE ET AVEC D'AUTRES PERSONNES – Ta capacité à créer et entretenir des relations étroites avec d'autres personnes, y compris les personnes qui vivent avec toi. P. ex. : parents, frères et sœurs, amis, etc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Questionnaire rempli par :	Date:
Signature	Année Mois Jour

Section est réservée à l'intervenant	
Score total	<input type="text"/>
Nombre total d'items x	<input type="text" value="5"/>
Nombre d'items remplis (≥ 4)* /	<input type="text"/>
Score ajusté =	<input type="text"/>
Analyse ou commentaires de l'intervenant :	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

* Lorsqu'il y a 2 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date:		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>