

**Date:**

**Athlète :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

### Questionnaire de détection de troubles psychologiques (INSEP)

1. DIFFICULTES DE SOMMEIL (endormissement, réveil précoce, réveils nocturnes, somnolence) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
2. TROUBLES DE L'ALIMENTATION (perte ou augmentation de l'appétit, excès boulimiques)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
3. DIFFICULTES DE MEMOIRE, DE CONCENTRATION, DE L'ATTENTION	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
4. PRESENCE DE PEURS OU D'ANGOISSES SUFFISAMMENT IMPORTANTES POUR MODIFIER LE COMPORTEMENT :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
5. TROUBLES DE L'HUMEUR (tristesse, euphorie) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
6. TROUBLES DES EMOTIONS (froideur affective, indifférence, hyperémotivité)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
7. EXISTENCE OU APPARITION D'UN COMPORTEMENT GÊNANT (agitation, irritabilité, impulsivité, TOC,...) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
8. PRESENCE DE TROUBLES DE LA PERCEPTION (hallucinations) ET D'IDEES DELIRANTES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
9. DIFFICULTES SOCIALES (famille, couple, groupe, rapport à l'entraîneur, scolarité, vie professionnelle) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
10. TROUBLES DES DIFFERENTES FORMES D'EXPRESSION (communication orale, écrite, gestuelle) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
I I. PRISE DECLAREE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :		
Alcool	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>
Tabac	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>
Cannabis et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>
Amphétamines et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>
Cocaïne et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>
Héroïne et dérivés	jamais <input type="checkbox"/>	occasionnelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/>
12. SUIVI SUR LE PLAN EDUCATIF PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
13. PRISE DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
14. ANTECEDENTS FAMILIAUX PSYCHIATRIQUES :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
15. CONCLUSION :		