Date Début : Nom/prénom de l'enfant :

Date de Fin : Nom/prénom du parent :

Grille d'Indice de stress - Parent d'enfants autistes

Veuillez estimer les aspects de la maladie de votre enfant en décrivant le taux de stress qu'ils engendrent pour vous et votre famille. Mettre un X à l'endroit qui décrit votre problème.	Pas de Stress 0	Stress intermittent 1	Stress Souvent 2	Stress sévère tous les jours 3	Tellement stressé, que parfois je me demande comment je vais pouvoir tenir le coup 5
Le niveau de communication de votre enfant					
Crises/ Effondrements					
Agression avec la famille					
Automutilation					
Difficultés de transition					
Problèmes de sommeil					
Régime de votre enfant					
Problèmes digestifs (Diarrhée, constipation)					
Propreté					
Manque de rapport avec votre enfant					
Soucis de savoir s'il peut être accepté par les autres enfants					
Soucis pour sa future indépendance					

Sous total _____ _____ _____ _____ _____

TOTAL_____

Ce travail est autorisé par les "Creative Commons".
http://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/ 3.0. © LMTSilva Nov. 2016. Cet instrument est protégé par des droits d'auteur; Il ne peut pas être changé ou vendu. La permission est accordée pour la duplication gratuite.
USA: Qigong Sensory Training Institute, www.qsti.org BE-FR-NL: In Touch, www.intouchnow.be