

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES DE L'AGORAPHOBIE
MIA**

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

► Indiquez à quel point vous évitez les situations ou les endroits suivants en raison de l'anxiété ou des malaises qu'ils provoquent. Évaluez votre degré d'évitement lorsque vous êtes accompagné(e) d'une personne sécurisante ou lorsque vous êtes seul(e).

1. Répondez aux items en fonction de la dernière semaine.

2. Utilisez l'échelle suivante :

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5
Je n'évite jamais		J'évite rarement		J'évite une fois sur deux		J'évite la plupart du temps		J'évite toujours

3. Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation lorsque vous êtes accompagné(e) et lorsque vous êtes seul(e). Si une situation ne s'applique pas à vous, ne répondez pas.

4. Vous pouvez au besoin cocher la case située entre deux chiffres pour indiquer une valeur intermédiaire (par exemple, 3,5 ou 4,5).

Endroits	Accompagné(e)					Seul(e)				
	1	1,5	2	2,5	3	1	1,5	2	2,5	3
1. Cinéma ou théâtre	<input type="checkbox"/>									
2. Supermarchés	<input type="checkbox"/>									
3. Centre commercial	<input type="checkbox"/>									
4. Salles de cours	<input type="checkbox"/>									
5. Magasins à rayons	<input type="checkbox"/>									
6. Restaurants	<input type="checkbox"/>									
7. Musées	<input type="checkbox"/>									
8. Ascenseurs	<input type="checkbox"/>									
9. Amphithéâtres ou stades	<input type="checkbox"/>									
10. Stationnements intérieurs	<input type="checkbox"/>									
11. Endroits élevés	<input type="checkbox"/>									
Quelle hauteur :										
12. Espaces fermés (p. ex. : tunnels)	<input type="checkbox"/>									

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

Espaces vastes	Accompagné(e)					Seul(e)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. À l'extérieur (p. ex. : champs, rues larges, cours d'école)	<input type="checkbox"/>									
14. À l'intérieur (p. ex. : grandes chambres, salles d'attente)	<input type="checkbox"/>									

Aller en	Accompagné(e)					Seul(e)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Autobus	<input type="checkbox"/>									
16. Train	<input type="checkbox"/>									
17. Métro	<input type="checkbox"/>									
18. Avion	<input type="checkbox"/>									
19. Bateau	<input type="checkbox"/>									

Conduire ou aller en automobile	Accompagné(e)					Seul(e)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. N'importe quand	<input type="checkbox"/>									
21. Sur les voies rapides	<input type="checkbox"/>									

Situations	Accompagné(e)					Seul(e)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Attendre en ligne	<input type="checkbox"/>									
23. Traverser des ponts	<input type="checkbox"/>									
24. Réceptions (party) ou rencontres sociales	<input type="checkbox"/>									
25. Marcher sur la rue	<input type="checkbox"/>									
26. Rester seul(e) à la maison	s.o.					<input type="checkbox"/>				
27. Être éloigné(e) de la maison	<input type="checkbox"/>									
28. Autres (spécifiez) :	<input type="checkbox"/>									

Mobility Inventory for Agoraphobia – MIA © 1984 Dianne L. Chambless

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

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

Section réservée à l'intervenant	
Score total	<input type="text"/>
Nombre d'items remplis (≥ 23)*	/ <input type="text"/>
Moyenne	= <input type="text"/>
Est-ce que la moyenne est plus grande que le seuil clinique de 2,3?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :	
<input type="text"/>	

* Lorsqu'il y a 6 réponses ou plus qui sont manquantes, la moyenne du questionnaire ne peut pas être utilisée.

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"/>