

NOM/Numéro d'identification:

COTATEUR:

DATE:

**Lisez l'énoncé, figurant en italique, au participant ou patient, et posez ensuite les questions suivantes afin de rassembler les informations nécessaires pour compléter l'échelle d'évaluation de l'insight VAGUS-CR.**

*“Ce qui m'intéresse est votre propre compréhension des expériences inhabituelles ou uniques que vous vivez **au moment présent**. Je ne suis **PAS** intéressé de connaître ce que d'autres personnes voudraient que vous croyiez au sujet de vos expériences.”*

1) Décrivez vos expériences inhabituelles ou uniques. Par exemple,

	Oui	Non
A) Avez-vous déjà entendu des voix ou des sons que d'autres ne peuvent pas entendre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Avez-vous déjà eu des visions ou vu des choses que d'autres ne peuvent pas voir pas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Avez-vous déjà craint qu'une personne, une force ou une entité vous persécute ou vous fasse du mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Avez-vous déjà reçu des messages qui vous étaient spécialement destinés de la télévision, de la radio, des journaux ou de tout autre dispositif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Avez-vous déjà reçu des messages qui vous étaient spécialement destinés de la part d'inconnus dans la rue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Avez-vous déjà eu des dons particuliers ou aptitudes spéciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Avez-vous déjà pu lire dans l'esprits d'autres personnes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Avez-vous déjà eu le sentiment que les autres pouvaient lire vos pensées ou que vos pensées étaient diffusées pour être entendues par d'autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Avez-vous déjà eu une relation spéciale avec Dieu, au-delà de ce que vivent la plupart des gens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Avez-vous déjà communiqué avec des êtres spirituels, tels que des anges, des démons ou des aliens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Avez-vous déjà ressenti une culpabilité excessive ou avez-vous eu le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Avez-vous déjà eu le sentiment qu'une force extérieure contrôlait vos pensées ou vos actes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Avez-vous déjà eu le sentiment que vous êtes possédé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Avez-vous déjà eu le sentiment que votre corps ou une partie de votre corps était malade, pourri ou en train de mourir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Autre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Comment expliquez-vous vos expériences inhabituelles ou singulières ? **Au moment présent**, quelle cause attribuez-vous à ces expériences?

3) Pensez-vous qu'**actuellement** vous souffrez d'une maladie mentale ou d'un trouble psychiatrique, tel qu'une schizophrénie, un trouble bipolaire ou une dépression avec symptômes psychotiques, etc.? Veuillez donner des détails.

4) Pensez-vous que vos expériences inhabituelles ou singulières nécessitent un traitement? Avez-vous BESOIN d'un traitement antipsychotique? Veuillez donner des détails.

5) Avez-vous expérimenté des conséquences négatives dues à vos expériences inhabituelles ou uniques? Ou en lien avec des problèmes émotionnels ou psychiatriques? (p.ex. hospitalisation, fonctionnement social ou professionnel).