



**Numéro du patient**

         

**Date**

       

Jour

Moi

Année

**Numéro du thérapeute**

         

**Numéro du centre**

         

Série de traitements n°

 

Nombre de séances

   

**Age**

  

Homme

Femme



**Phase d'évaluation**

- S Dépistage
- R Adressé par
- A Evaluation
- F Première séance de la prise en charge
- P Avant la prise en charge
- D Pendant la prise en charge
- L Dernière séance de la prise en charge
- X Suivi 1
- Y Suivi 2

**MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE COMMENCER**

Ce questionnaire comporte 10 énoncés concernant votre état général au cours des sept derniers jours. Veuillez lire chaque proposition et cocher la case correspondant le mieux à ce que vous avez ressenti au cours des sept derniers jours.

**Au cours des sept derniers jours**

		Pas du tout	Rarement	De temps en temps	Souvent	Tout le temps ou presque	
1	Je me suis senti(e) tendu(e), anxieux(se) ou nerveux(se)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
2	J'ai eu le sentiment d'avoir quelqu'un vers qui me tourner en cas de besoin	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
3	Je me suis senti(e) capable de faire face en cas de difficultés	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
4	Parler aux autres m'a paru trop difficile	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
5	J'ai été paniqué(e) ou terrifié(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
6	J'ai pensé à un plan précis pour mettre fin à mes jours	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
7	J'ai eu des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
8	Je me suis senti(e) désespéré(e) ou inutile	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
9	Je me suis senti(e) malheureux(se)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
10	J'ai été perturbé(e) par des images mentales ou des souvenirs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

**Total (score clinique)\***

\* Procédure : Additionner le score, puis diviser par le nombre de questions répondues pour obtenir le score moyen. Multiplier par 10 pour obtenir le score clinique.

Si le nombre de questions répondues est inférieur à neuf, le score devrait être utilisé avec parcimonie.

**MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE**