



**CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Numéro du patient

Âge

Homme  Femme  Autre

Date

Jour

Moi

Année

Numéro du thérapeute

Numéro du centre

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

Série de traitements n°

Nombre de séances

**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*

*CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION*

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**