



CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Numéro du patient

Âge

Sexe Homme Femme Autre

Date

 Jour Moi Année

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

Numéro du thérapeute

Numéro du centre

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

	Pas du tout	Rarement	De temps en temps	Souvent	Tout le temps ou presque
1 Je me suis senti tendu, anxieux ou nerveux	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
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
3 Je me suis senti 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
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
5 J'ai été paniqué ou terrifié	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
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
7 J'ai eu des difficultés à m'endormir ou à rester endormi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Je me suis senti désespéré ou inutile	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Je me suis senti malheureux	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 J'ai été perturbé 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

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