



**CORE-OM**

**CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Numéro du patient

Âge

Homme  Femme  Autre

Date

                  Jour                  Moi                  Année

Phase d'évaluation

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

Phase

Numéro du thérapeute

Numéro du centre

Série de traitements n°

**MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE COMMENCER**

Ce questionnaire comporte 34 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					F	P	F	W	R	F	P	R	F	P	F	P	W	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
1	Je me suis sentie terriblement seule et isolée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
2	Je me suis sentie tendue, anxieuse ou nerveuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
3	J'ai eu le sentiment d'avoir quelqu'un vers qui me tourner en cas de besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
4	Je me suis sentie bien dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
5	J'ai vraiment manqué d'énergie et d'enthousiasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
6	J'ai été physiquement violente envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
7	Je me suis sentie capable de faire face en cas de difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
8	J'ai été gênée par des douleurs ou d'autres problèmes physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
9	J'ai pensé à me faire du mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
10	Parler aux autres m'a paru trop difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
11	La nervosité et l'anxiété m'ont empêchée de faire des choses importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
12	J'ai été satisfaite de ce que j'ai fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
13	J'ai été perturbée par des pensées et des sentiments non désirés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
14	J'ai eu envie de pleurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

**Continuer à la page suivante**

# Au cours des sept derniers jours

Pas du tout      Rarement      De temps en temps      Souvent      Tout le temps ou presque

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

15	J'ai été paniquée ou terrifiée	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
16	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"/>	R
17	Je me suis sentie dépassée par mes problèmes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	W
18	J'ai eu des difficultés à m'endormir ou à rester endormie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
19	J'ai ressenti de la tendresse ou de l'affection pour quelqu'un	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	F
20	Il m'a été impossible de mettre mes problèmes de côté	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
21	J'ai pu faire la plupart des choses que je devais faire	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	F
22	J'ai menacé/intimidé quelqu'un	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	R
23	Je me suis sentie désespérée 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"/>	P
24	J'ai pensé que ce serait mieux si j'étais morte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	R
25	J'ai eu l'impression d'être critiquée par d'autres personnes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
26	J'ai eu l'impression de ne pas avoir d'ami	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
27	Je me suis sentie malheureuse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
28	J'ai été perturbée 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"/>	P
29	J'ai été irritable en compagnie d'autres personnes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
30	J'ai pensé que je ne pouvais m'en prendre qu'à moi-même pour mes problèmes et mes difficultés	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	P
31	J'ai envisagé mon avenir avec confiance	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	W
32	J'ai accompli ce que je voulais faire	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	F
33	Je me suis sentie humiliée par les autres	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
34	Je me suis fait du mal physiquement ou j'ai mis ma santé en danger	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	R

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

**Scores totaux**

→  →

**Scores moyens**

(Score total pour chaque catégorie divisé par le nombre d'items complétés dans cette catégorie)

                            

(W)      (P)      (F)      (R)      (Tous les items)      (Moins le score Risque)