



CORE-10

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

Numéro du patient

Date

Jour

Moi

Année

Numéro du thérapeute

Numéro du centre

Âge

Homme

☐

Femme

☐

Autre

☐

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

Phase

☐

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

1	Je me suis sentie tendue, anxieuse ou nerveuse	<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 sentie 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 paniquée ou terrifiée	<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 endormie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
8	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	
9	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	
10	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	

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