

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
GAD-7*

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe ☐ M ☐ F ☐ X	
Ville		Code postal	

► Combien de jours au cours des deux dernières semaines ou depuis votre dernière consultation, si plus récente, avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

Items	Presque tous les jours	Plus de la moitié des jours	Plusieurs jours	Jamais
1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension.	☐	☐	☐	☐
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes.	☐	☐	☐	☐
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses.	☐	☐	☐	☐
4. Des difficultés à se détendre.	☐	☐	☐	☐
5. Une agitation telle qu'il est difficile à tenir en place.	☐	☐	☐	☐
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable.	☐	☐	☐	☐
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire.	☐	☐	☐	☐

● Merci, les questions pour l'utilisateur ont toutes été répondues.

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

* Generalized Anxiety Disorder – GAD-7 © Robert L. Spitzer, 2006. Adaptation par le MSSS avec la permission de l'auteur.

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Cette section est réservée à l'intervenant(e)

Utilisez l'échelle suivante pour calculer le score :

	3	2	1	0
	Presque tous les jours	Plus de la moitié des jours	Plusieurs jours	Jamais

Score total

Nombre total d'items

x

7

Nombre d'items remplis (≥ 5)*

/

Score ajusté

=

Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 8?

☐ Oui
☐ Non

Analyse ou commentaires de l'intervenant(e) :

* Lorsque 3 réponses ou plus sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant(e)	Prénom de l'intervenant(e)	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour