

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
PHQ-9***

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

* Patient Health Questionnaire – PHQ-9 © Kurt Kroenke, 2002. 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

Nombre d'items remplis (≥ 7)* /

Score ajusté =

Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 10? 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