

Identifiant Patient :

N° centre		N° patient			Code anonyme				

Visite n° : Date de la visite : Date du questionnaire :

Durant la semaine écoulée	Jamais très rarement	Occasion- nellement	Assez souvent	Fréquemment tout le temps
	moins de 1 jour	1 à 2 jours	3 à 4 jours	5 à 7 jours
1. Vous avez été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne vous dérangent pas	0	1	2	3
2. Vous n'avez pas eu envie de manger, vous avez manqué d'appétit	0	1	2	3
3. Vous avez eu l'impression que vous ne pouviez pas sortir de la tristesse, même avec l'aide de votre famille et de vos amis	0	1	2	3
4. Vous avez eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	3	2	1	0
5. Vous avez eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faisiez	0	1	2	3
6. Vous vous êtes senti(e) déprimé(e)	0	1	2	3
7. Vous avez eu l'impression que toute action vous demandait un effort	0	1	2	3
8. Vous avez été confiant(e) en l'avenir	3	2	1	0
9. Vous avez pensé que votre vie était un échec	0	1	2	3
10. Vous vous êtes senti(e) craintif(ve)	0	1	2	3
11. Votre sommeil n'a pas été bon	0	1	2	3
12. Vous avez été heureux(se)	3	2	1	0
13. Vous avez parlé moins que d'habitude	0	1	2	3
14. Vous vous êtes senti(e) seul(e)	0	1	2	3
15. Les autres ont été hostiles envers vous	0	1	2	3
16. Vous avez profité de la vie	3	2	1	0
17. Vous avez eu des crises de larmes	0	1	2	3
18. Vous vous êtes senti(e) triste	0	1	2	3
19. Vous avez eu l'impression que les gens ne vous aimaient pas	0	1	2	3
20. Vous avez manqué d'entrain	0	1	2	3
Total des points				
Score final				

Si le score du total des questions 1 à 20 est > 17 pour les hommes et > 23 pour les femmes, parlez-en au médecin référent de la personne.