

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE DU PATIENT - 9 (French version of the PHQ-9)				72883
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.				
Were data collected? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments) If Yes, data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ DD-Mon-YYYY				
Comments:				
Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.				
Au cours des <u>2 dernières semaines</u>, avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
Si vous avez coché <u>au moins un</u> des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres <u>difficile(s)</u> ?				
Pas du tout difficile(s) <input type="checkbox"/>	Assez difficile(s) <input type="checkbox"/>	Très difficile(s) <input type="checkbox"/>	Extrêmement difficile(s) <input type="checkbox"/>	
<small>Copyright © 2005 Pfizer, Inc. Tous droits réservés. Reproduit avec permission. EPI0905.PHQ9P</small>				
Je certifie que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont exacts.	Initiales du patient : _____	Date : _____		