

Patient Health Questionnaire – PHQ-15

Questionnaire sur la santé du patient (QSP-15)

Nom du patient / numéro d'identification du cas (FID) / code- barre :

Moment du relevé :

Admission Sortie

Date du relevé :

___ / ___ /20___

Ce questionnaire joue un rôle important pour nous aider à vous offrir les meilleurs soins possibles. Vos réponses nous permettront de comprendre les problèmes que vous pouvez avoir.

Répondez à chaque question du mieux que vous le pouvez.

Au cours de la <u>dernière semaine</u> , à quel point avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Pas du tout gêné(e)	Un peu gêné(e)	Très gêné(e)
1. Maux d'estomac.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mal au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Douleurs aux bras, aux jambes ou aux articulations (genoux, hanches, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Douleurs menstruelles ou autres problèmes menstruels (cela ne concerne que les femmes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Douleur à la poitrine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vertiges.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentir son cœur battre fort ou vite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Essoufflement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Douleurs ou problèmes pendant les rapports sexuels.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Constipation, selles molles ou diarrhée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nausées, flatulence ou indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>