

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTE DU PATIENT (QSP)

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, à moins que l'on ne vous demande de passer à la question suivante.

Nom _____ Âge _____ Sexe : Féminin Masculin Date _____

1. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Pas du tout gêné(e)	Un peu gêné(e)	Très gêné(e)
a. Maux d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mal au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Douleurs aux bras, aux jambes ou aux articulations (genoux, hanches, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Douleurs menstruelles ou autres problèmes menstruels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Douleurs ou problèmes pendant les rapports sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sentir son cœur battre fort ou vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Constipation, selles molles ou diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Nausées, flatulence ou indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
a. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Avoir peu d'appétit ou manger trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.
 Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).
 Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Questions sur l'anxiété.

- | | | |
|---|--|--|
| a. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu une crise d'anxiété, une sensation soudaine de peur ou de panique ? | NON
<input type="checkbox"/> | OUI
<input type="checkbox"/> |
|---|--|--|

Si vous avez répondu « NON », allez à la question n° 5

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| b. Cela s'est-il déjà produit avant ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| c. Certaines de ces crises surviennent-elles soudainement, de façon inattendue, c'est-à-dire dans des situations où vous ne vous attendez pas à être nerveux(se) ou mal à l'aise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| d. Ces crises vous gênent-elles beaucoup ou êtes-vous inquiet(e) à l'idée d'en avoir une autre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

4. Pensez à votre dernière grave crise d'anxiété.

NON **OUI**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Avez-vous été essoufflé(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| b. Votre cœur a-t-il battu vite, fort ou a-t-il sauté des battements ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| c. Avez-vous eu une douleur à la poitrine ou vous êtes-vous senti(e) oppressé(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d. Avez-vous transpiré ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| e. Avez-vous eu l'impression de vous étouffer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| f. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| g. Avez-vous eu des nausées ou mal à l'estomac, ou l'impression que vous alliez avoir une diarrhée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| h. Avez-vous eu des vertiges, l'impression de perdre l'équilibre ou avez-vous été sur le point de vous évanouir ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i. Avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties de votre corps ?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| j. Avez-vous eu des tremblements ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| k. Avez-vous eu peur d'être en train de mourir ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

5. Au cours des 4 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

Jamais

Plusieurs jours

Plus de la moitié du temps

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Se sentir nerveux(se), anxieux(se), tendu(e) ou être très inquiet(e) à propos de différentes choses. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Si vous avez répondu « Jamais », allez à la question n° 6

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Se sentir agité(e) au point d'avoir du mal à se tenir tranquille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. Se fatiguer très facilement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d. Avoir des tensions, des douleurs ou des courbatures musculaires. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| e. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| f. Avoir du mal à se concentrer, par exemple pour lire un livre ou regarder la télévision. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| g. Être facilement contrarié(e) ou irritable. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

6. Questions sur l'alimentation.

- | | | |
|--|--|--|
| a. Avez-vous souvent l'impression de ne pas pouvoir contrôler ce que vous mangez ou les quantités de nourriture que vous mangez ? | NON
<input type="checkbox"/> | OUI
<input type="checkbox"/> |
| b. Mangez-vous souvent, sur une période de 2 heures, ce que la plupart des gens considéreraient comme une quantité anormalement importante de nourriture ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu « NON » aux questions a) ou b), allez à la question n° 9

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| c. En moyenne, cela s'est-il produit 2 fois par semaine au cours des 3 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

7. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous souvent agi de la manière suivante pour éviter de prendre du poids ?

NON **OUI**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Vous faire vomir ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Prendre plus de deux fois la dose recommandée de laxatifs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Jeûner, ne rien manger du tout pendant au moins 24 heures ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Faire de l'exercice pendant plus d'une heure précisément pour éviter de prendre du poids après avoir beaucoup trop mangé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Si vous avez répondu « OUI » à l'un de ces moyens d'éviter de prendre du poids, cela s'est-il produit en moyenne 2 fois par semaine ?

NON **OUI**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

9. Vous arrive-t-il de boire de l'alcool (y compris de la bière ou du vin) ?

NON **OUI**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Si vous avez répondu « NON », allez à la question n° 11.

10. Avez-vous été dans l'une des situations suivantes plus d'une fois au cours des derniers 6 mois ?

NON **OUI**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Vous avez bu de l'alcool alors que votre médecin vous avait conseillé d'arrêter d'en boire à cause d'un problème de santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vous avez bu de l'alcool, avez été ivre, ou avez eu la gueule de bois pendant que vous travailliez, étiez en cours, que vous vous occupiez des enfants ou aviez d'autres responsabilités. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Vous avez manqué le travail, l'école ou d'autres activités ou êtes arrivé(e) en retard parce que vous aviez bu ou aviez la gueule de bois. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Vous avez eu du mal à vous entendre avec les autres lorsque vous buviez. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Vous avez conduit une voiture après avoir pris plusieurs verres ou après avoir trop bu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Si vous avez coché au moins un 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 difficile(s) ?

**Pas du tout
difficile(s)**

**Assez
difficile(s)**

**Très
difficile(s)**

**Extrêmement
difficile(s)**

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.