

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION (PHQ-4)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
3. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
4. Sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

(Pour codage clinique : Score total T____ = ____ + ____ + ____)

Date : _____