

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT (QSP-9)

Outil de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs. **Ne permet pas d'établir un diagnostic précis** et nécessite toujours une évaluation plus approfondie des symptômes dépressifs¹.

Veillez répondre à chacune des questions en encerclant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(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. Vous sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi(e) ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou avez pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ²	0	1	2	3

*Questions comprises dans le QSP-2

SCORE TOTAL : somme des scores obtenus à chaque question _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficile votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile

☐

Plutôt difficile

☐

Très difficile

☐

Extrêmement difficile

☐

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉVALUATEUR

² Si l'utilisateur répond **oui à la question 9**, une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un membre professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée (psychologue, neuropsychologue, travailleur social, psychiatre, médecin).

Administré par : ☐ Usager(ère) ☐ Proche ☐ Évaluateur du CISSMO

Nom et titre de l'évaluateur : _____

Signature de l'évaluateur : _____ Date : _____
 aaaa-mm-jj

¹QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT, QSP-9 version à neuf questions [Internet]. INESSS; 2015. Disponible à : https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.