



QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Beck Depressive Inventory- BDI-1. 3.

NOM Prénom :

Né(e) le :

Date :

Ce questionnaire comporte 13 séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel **de ces deux dernières semaines**. Sélectionnez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Une fois rempli, imprimez ou déposez ce fichier pdf dans les documents de votre **compte sécurisé Doctolib** pour préparer votre consultation avec le médecin.

<p>0. Je ne me sens pas triste.....</p> <p>1. Je me sens cafardeux ou triste.....</p> <p>A 2. Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir.....</p> <p>3. Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.....</p>	<p>0. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.....</p> <p>1. Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.....</p> <p>H 2. J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux.....</p> <p>3. J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement.....</p>
<p>0. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.....</p> <p>1. J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.....</p> <p>B 2. Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer...</p> <p>3. Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer.....</p>	<p>0. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.....</p> <p>1. J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.....</p> <p>I 2. J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.....</p> <p>3. Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.....</p>
<p>0. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.....</p> <p>1. J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.....</p> <p>C 2. Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.....</p> <p>3. J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).....</p>	<p>0. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.</p> <p>1. J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.....</p> <p>J 2. J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.....</p> <p>3. J'ai l'impression d'être laid et repoussant.....</p>
<p>0. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.....</p> <p>1. Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.....</p> <p>D 2. Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.....</p> <p>3. Je suis mécontent de tout.....</p>	<p>0. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.....</p> <p>1. Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.....</p> <p>K 2. Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.....</p> <p>3. Je suis incapable de faire le moindre travail.....</p>
<p>0. Je ne me sens pas coupable.....</p> <p>1. Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.....</p> <p>E 2. Je me sens coupable.....</p> <p>3. Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.....</p>	<p>0. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.....</p> <p>1. Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.....</p> <p>L 2. Faire quoi que ce soit me fatigue.....</p> <p>3. Je suis incapable de faire le moindre travail.....</p>
<p>0. Je ne suis pas déçu par moi-même.....</p> <p>F 1. Je suis déçu par moi-même.....</p> <p>2. Je me dégoûte moi-même.....</p> <p>3. Je me hais.....</p>	<p>0. Mon appétit est toujours aussi bon.....</p> <p>1. Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude..</p> <p>M 2. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.....</p> <p>3. Je n'ai plus du tout d'appétit.....</p>
<p>0. Je ne pense pas à me faire du mal.....</p> <p>1. Je pense que la mort me libérerait.....</p> <p>G 2. J'ai des plans précis pour me suicider.....</p> <p>3. Si je le pouvais, je me tuerais.....</p>	<p>Score : <small>Somme chiffres noirs</small></p>

Ce questionnaire ne permet pas de diagnostiquer par soi-même une dépression. Les symptômes de dépression sont variables selon les individus. Aussi, le diagnostic ne peut être porté que par un médecin. Ce test peut en revanche vous aider à suivre l'évolution de vos symptômes au cours d'un traitement.



ÉCHELLE HAD : Anxiété et Dépression

Hospital Anxiety and Depression Scale

NOM Prénom :

Né(e) le :

Date :

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre psychologue ou votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions puis cochez le bouton ou notez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps..... **3**
- Souvent..... **2**
- De temps en temps..... **1**
- Jamais..... **0**

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant qu'avant..... **0**
- Pas autant..... **1**
- Un peu seulement..... **2**
- Presque plus..... **3**

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement..... **3**
- Oui, mais ce n'est pas trop grave..... **2**
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas.... **1**
- Pas du tout..... **0**

4. Je ris et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé..... **0**
- Plus autant qu'avant..... **1**
- Vraiment..... **2**
- Plus du tout..... **3**

5. Je me fais du souci :

- Très souvent..... **3**
- Assez souvent..... **2**
- Occasionnellement..... **1**
- Très occasionnellement..... **0**

6. Je suis de bonne humeur :

- Jamais..... **3**
- Rarement..... **2**
- Assez souvent..... **1**
- La plupart du temps..... **0**

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive..... **0**
- Oui, en général..... **1**
- Rarement..... **2**
- Jamais..... **3**

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours..... **3**
- Très souvent..... **2**
- Parfois..... **1**
- Jamais..... **0**

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais..... **0**
- Parfois..... **1**
- Assez souvent..... **2**
- Très souvent..... **3**

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence:

- Plus du tout..... **3**
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais **2**
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention. **1**
- J'y prête autant d'attention que par le passé..... **0**

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place:

- Oui, c'est tout à fait le cas..... **3**
- Un peu..... **2**
- Pas tellement..... **1**
- Pas du tout..... **0**

12. Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant..... **0**
- Un peu moins qu'avant..... **1**
- Bien moins qu'avant..... **2**
- Presque jamais..... **3**

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent..... **3**
- Assez souvent..... **2**
- Pas très souvent..... **1**
- Jamais..... **0**

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :

- Souvent..... **0**
- Parfois..... **1**
- Rarement..... **2**
- Très rarement..... **3**

Score D :
Somme chiffres noirs

Score A :
Somme chiffres rouges

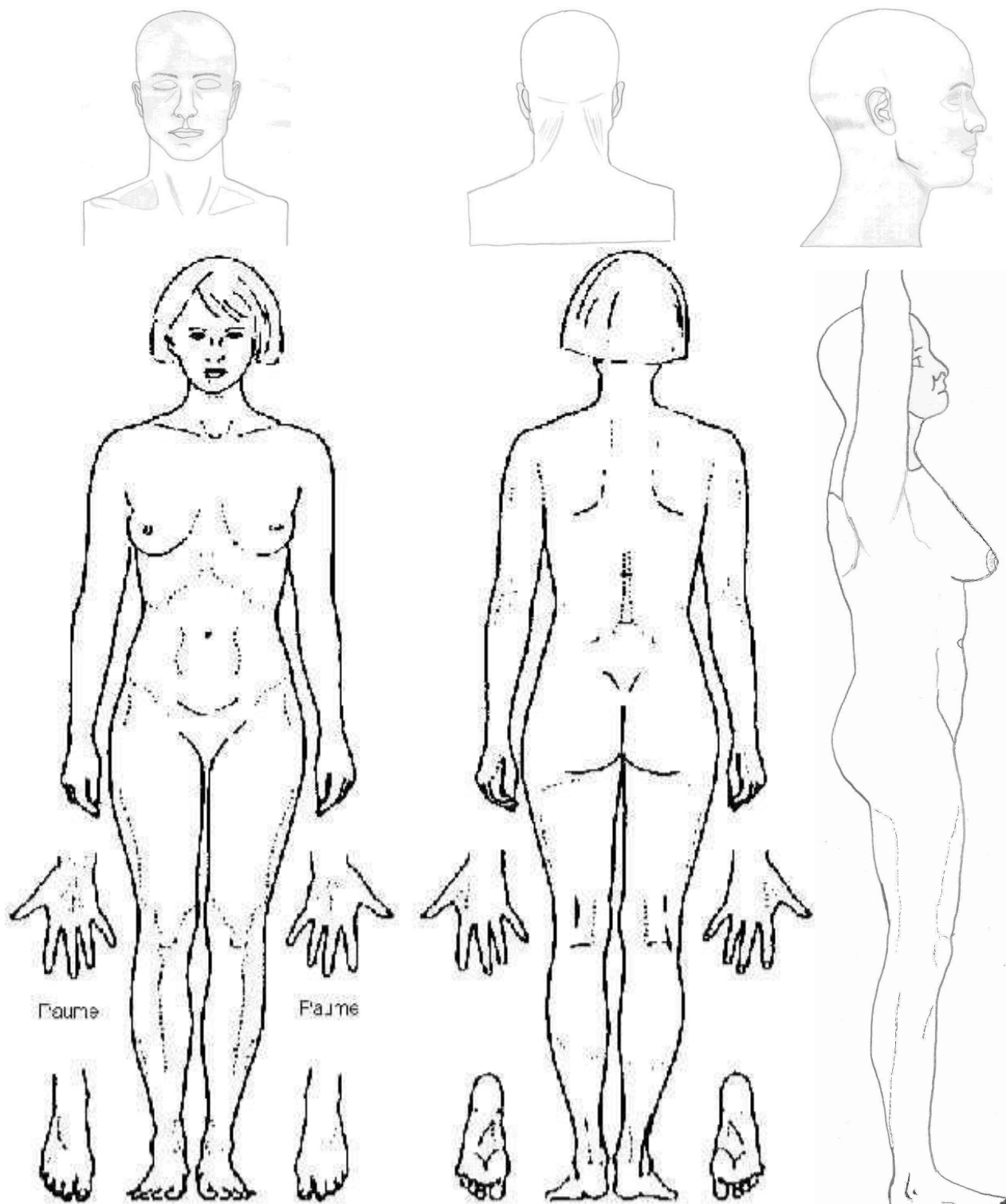


NOM Prénom :

Né(e) le :

Date :

Dessinez *le plus précisément possible*, l'endroit, l'étendue (surface) de vos douleurs. Colorier ou crayonner plus ou moins fort selon l'intensité des zones douloureuses. Vous pouvez utiliser des couleurs différentes pour distinguer des douleurs d'intensités ou de caractères différents.



Intensité de votre douleur = Tracez sur la ligne un trait vertical correspondant au niveau actuel de votre douleur

Absence de Douleur		Douleur maximale imaginable
--------------------	--	-----------------------------

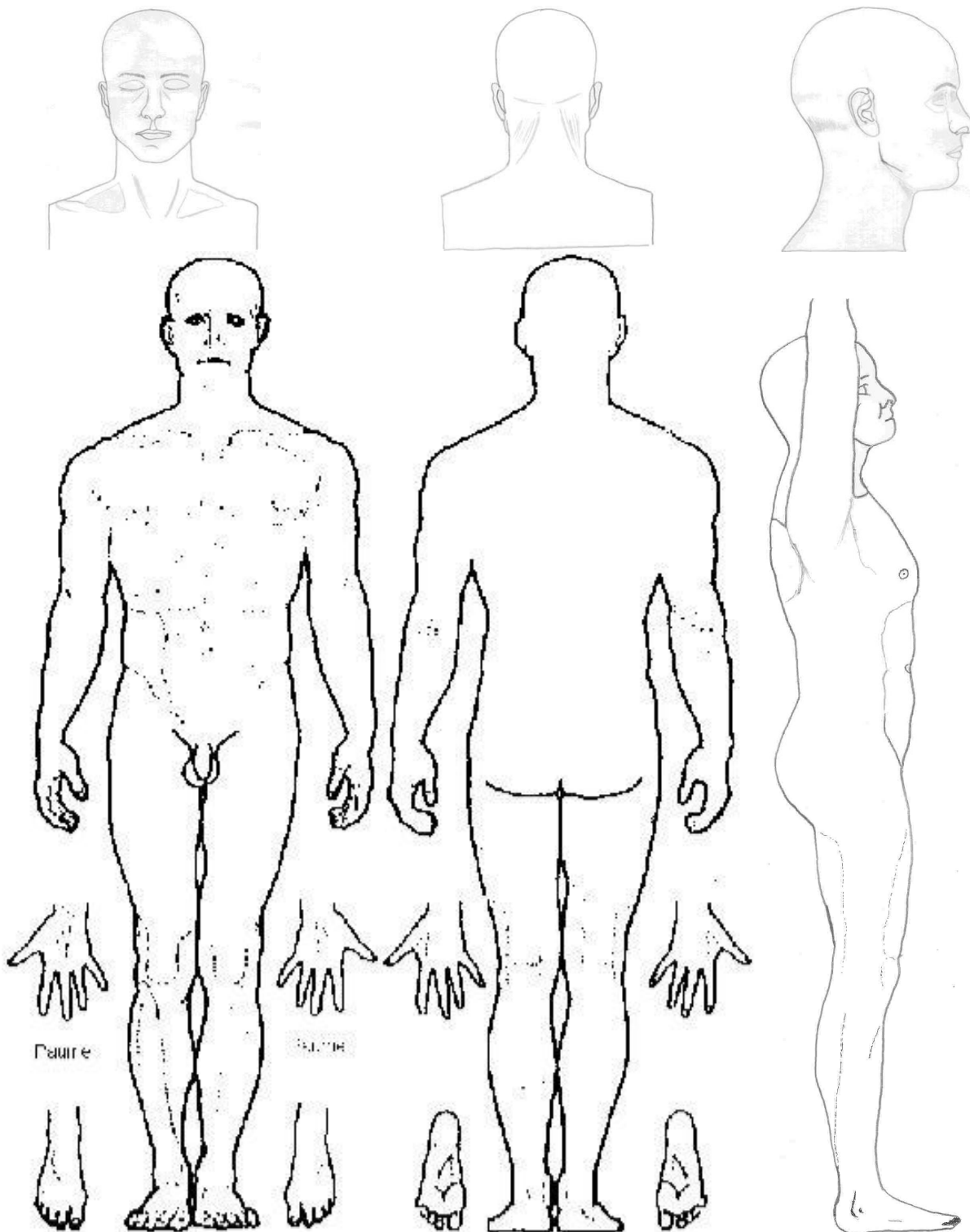


NOM Prénom :

Né(e) le :

Date :

Dessinez *le plus précisément possible*, l'endroit, l'étendue (surface) de vos douleurs. Colorier ou crayonner plus ou moins fort selon l'intensité des zones douloureuses. Vous pouvez utiliser des couleurs différentes pour distinguer des douleurs d'intensités ou de caractères différents.



Intensité de votre douleur = Tracez sur la ligne un trait vertical correspondant au niveau actuel de votre douleur

Absence de Douleur		Douleur maximale imaginable
--------------------	--	-----------------------------



NOM Prénom :

Né(e) le :

Date :

Sélectionnez la (les) description(s) qui décrivent le mieux votre douleur :

Ne disparaît jamais dans la journée (Continue)

Disparaît parfois dans la journée (Intermittente)

J'ai des décharges (3 secondes maximum)

M'empêche de dormir plus de 3 heures de suite

Elle est plus intense : le matin le soir

Au repos prolongé : Présente Absente

1. Composante sensori-discriminative: Voici des qualificatifs qu'utilisent les patients pour décrire le type de douleurs qu'ils ressentent. Cette grille facilitera le choix d'un traitement anti-douleur adapté. Lisez une fois l'ensemble des mots puis **Entourez/sélectionnez le ou les mots qui décrivent le mieux votre(vos) douleur(s)**. Sélectionnez un ou plusieurs mots avec la combinaison de touches (**CTRL + click**) puis cliquez sur le bouton [Valider].

2. Composante affective-émotionnelle :



NOM Prénom :

Né(e) le :

Date :

Qu'est ce qui augmente la douleur ?

Qu'est ce qui diminue la douleur ?

Quelles activités sont devenues impossibles ?

Quelles activités sont toujours possibles ?

Que faites vous quand vous avez mal ?

A quoi les autres peuvent-ils voir que vous avez mal ?

Qu'est ce qui a changé chez votre conjoint du fait de votre maladie ?

Quelle activité souhaitez vous reprendre avant tout ?



NOM Prénom :

Né(e) le :

Date :

Questionnaire FiRST(Fibromyalgia Rapid Screening Tool)

Cochez ces items si vous pensez qu'ils s'appliquent à vos douleurs.

- | | | |
|--|-----|-----|
| Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps..... | OUI | NON |
| Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente..... | OUI | NON |
| Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes..... | OUI | NON |
| Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps..... | OUI | NON |
| Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes..... | OUI | NON |
| Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti..... | OUI | NON |

Score > 5 positif sensibilité de 90,5 %, spécificité de 85,7 %.Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J.
 Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening tool (FiRST). Pain. 2010.

TOTAL

QUESTIONNAIRE DN4 (A remplir par le médecin)

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| 1. Brûlure..... | Oui | Non |
| 2. Sensation de froid douloureux..... | Oui | Non |
| 3. Décharges électriques..... | Oui | Non |

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

- | | | |
|--------------------------|-----|-----|
| 4. Fourmillements..... | Oui | Non |
| 5. Picotements..... | Oui | Non |
| 6. Engourdissements..... | Oui | Non |
| 7. Démangeaisons..... | Oui | Non |

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| 8. Hypoesthésie au tact..... | Oui | Non |
| 9. Hypoesthésie à la piqure..... | Oui | Non |

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

- | | | |
|------------------------|-----|-----|
| 10. Le frottement..... | Oui | Non |
|------------------------|-----|-----|

Score supérieur à 4/10. positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)
 Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-

TOTAL :