



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____/____/____		M.O.
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - FRENCH/FRANÇAIS**

**Instructions**

Voici dix questions visant à connaître vos états de santé mentale durant **les quatre dernières semaines**. Pour chacune, cochez la réponse qui décrit le mieux la durée pendant laquelle vous avez ressenti l'état qui est évoqué dans la question.

	Jamais	Rarement	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps
1. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir quelquefois épuisé sans raison valable ?	<input type="radio"/>				
2. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir nerveux ?	<input type="radio"/>				
3. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de ressentir une nervosité si grande que rien ne pouvait vous calmer ?	<input type="radio"/>				
4. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de de vous sentir quelquefois désespéré ?	<input type="radio"/>				
5. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir des fois agité ?	<input type="radio"/>				
6. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de ressentir une agitation si grande que vous ne pouviez pas vous maintenir en place ?	<input type="radio"/>				
7. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir parfois déprimé ?	<input type="radio"/>				
8. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé d'avoir l'impression que vous vous efforciez à tout ?	<input type="radio"/>				
9. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de ressentir une tristesse si grande que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="radio"/>				
10. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir bon à rien ?	<input type="radio"/>				

Veuillez tourner la page pour continuer



SMR060973

Holes Punched as per AS2828.1: 2012  
BINDING MARGIN - NO WRITING

NH600928 271213

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - FRENCH/FRANÇAIS

SMR060.973



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE  FEMALE

D.O.B. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

M.O.

ADDRESS

**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

Voici les autres questions concernant la manière dont vous vous êtes senti pendant les quatre dernières semaines.

Si vous avez répondu « Jamais » aux dix questions précédentes, vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions supplémentaires.

**11.** Pendant les quatre dernières semaines, combien de jours avez-vous été **TOTALEMENT INCAPABLE** de travailler, d'étudier ou de vaquer à vos activités quotidiennes à cause de ces malaises ? ..... (Nombre de jours)

**12.** [En dehors de ces jours-là], pendant les 4 dernières semaines, **COMBIEN DE JOURS** avez-vous pu travailler, étudier ou vaquer à vos activités quotidiennes en **RÉDUISANT** ces activités à cause de ces malaises ? ..... (Nombre de jours)

**13.** Pendant les 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé concernant ces malaises ? ..... (Nombre de consultations)

**14.** Pendant les 4 dernières semaines, vous est-il arrivé que des problèmes de santé physiques étaient la cause principale de ces malaises ?

Jamais

Rarement

Parfois

La plupart du temps

Tout le temps

**Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.**

Veuillez le remettre au membre de notre personnel qui vous a demandé de le remplir.

Consumer signature: .....

Date: .....

**For Care Planning Purposes:**

K10 score

Staff comments: .....  
.....  
.....  
.....

Staff name:

Signature:

Designation:

Date:

Holes Punched as per AS2828.1: 2012  
BINDING MARGIN - NO WRITING

