



Informations de base			
Nom de la personne en charge principale		N° d'identification	
Nom du nourrisson		Date de l'évaluation	___ / ___ / ___

<b>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gênée par les problèmes suivants ?</b>	jamais	plusieurs jours	plus de la moitié des jours	presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Sentiment de tristesse, déprime ou désespoir ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Difficulté à s'endormir ou à rester endormie ? Ou tendance à dormir trop ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sensation de fatigue ou manque d'énergie ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Faible appétit ? Ou suralimentation ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Vous vous sentez mal dans votre peau ou vous avez l'impression d'être une ratée ? Vous pensez vous être vous-même laissée tomber ou d'avoir laissé tomber votre famille ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Difficulté à se concentrer sur certaines choses, comme suivre une conversation avec des gens ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Vous vous déplacez ou parlez si lentement que d'autres personnes peuvent remarquer la différence ? Ou vous êtes si agitée que vous vous déplacez beaucoup plus que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Pensez-vous que vous seriez mieux morte ou qu'il serait préférable de vous blesser d'une manière ou d'une autre ?	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

AGIR	Additionnez les scores des colonnes :					
	SCORE TOTAL DE L'ÉVALUATION					
	Classer	<b>RISQUE FAIBLE :</b> 0 – 9 <b>et</b> réponse « non » à la question 9 (pensées d'automutilation)	<b>RISQUE MODÉRÉ :</b> 10 – 14 <b>et</b> réponse « non » à la question 9 (pensées d'automutilation)	<b>RISQUE ÉLEVÉ :</b> 15+ <b>et/ou</b> réponse « oui » à la question 9 (pensées d'automutilation)		
	Autre – précisez :					

<b>AGIR</b>	<b>RETOURNER AU FORMULAIRE D'ÉVALUATION MAMI ET COMPLÉTER L'ÉVALUATION</b>
-------------	--