|  |  |
| --- | --- |
|  | **FORMULAIRE D’ÉVALUATION DE LA SANTÉ MENTALE DE LA MÈRE MAMI** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informations de base** | | | |
| **Nom de la principale personne en charge** | *Florence Okello* | **No d’identification** | 98765. |
| **Nom du nourrisson** | *Rose Okello* | **Date de l’évaluation** | (2021 juillet 31). |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gênée par les problèmes suivants ?** | | | | | **jamais** | **plusieurs jours** | **plus de la moitié des jours** | **presque tous les jours** |
| 1. Peu d’intérêt ou de plaisir à faire des choses ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Sentiment de tristesse, déprime ou désespoir ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Difficulté à s’endormir ou à rester endormie ? Ou tendance à dormir trop ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Sensation de fatigue ou manque d’énergie ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Faible appétit ? Ou suralimentation ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Vous vous sentez mal dans votre peau ? Ou vous avez l’impression d’être une ratée ? Ou que vous vous êtes laissée tomber, vous ou votre famille ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Difficulté à se concentrer sur certaines choses, comme suivre une conversation avec des gens ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. 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 ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Pensez-vous que vous seriez mieux morte ou qu’il serait préférable de vous blesser d’une manière ou d’une autre ? | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **AGIR** | | **Additionnez les scores des colonnes :** | | | | **2** | **6** | **3** |
| **SCORE TOTAL DE L’ÉVALUATION** | | | | **11** | | |
| **Classer** | **RISQUE FAIBLE :**  0 – 9 **et** réponse **«**non » à la question 9  (pensées d’automutilation) | **RISQUE MODÉRÉ :**  10 – 14 **et** réponse « non » à la question 9  (pensées d’automutilation) | | **RISQUE ÉLEVÉ :**  15+ **et/ou** réponse « oui » à la question 9  (pensées d’automutilation) | | |
| **Autre – précisez :** | | | | | | |
| **Notes**:  *Florence est maman pour la première fois et a 17 ans. Son bébé est né avec un faible poids à la naissance et elle s'inquiète d'être petite par rapport aux autres bébés. Elle s'inquiète pour son allaitement et estime qu'elle ne s'occupe pas bien de son bébé.* | | | | | | | | |
| **AGIR** | **RETOURNER AU FORMULAIRE D’ÉVALUATION MAMI ET COMPLÉTER L’ÉVALUATION** | | | | | | | |