

**QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION
DES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ
GAD-7**

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Exp.	Année Mois
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Adresse (n°, rue)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I	
Ville		Code postal	

► **À quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils dérangé?**

- Répondez aux items en fonction des deux dernières semaines ou du temps écoulé depuis votre dernière rencontre.
- Utilisez l'échelle située en haut du tableau.
- Répondez à chacun des items en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

Items	Jamais 0	Plusieurs jours 1	Plus de la moitié du temps 2	Presque tous les jours 3
1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Des difficultés à se détendre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Generalized Anxiety Disorder – GAD-7 © 2006 Robert L. Spitzer

Questionnaire rempli par :	Date :
Signature	Année Mois Jour

Nom de l'utilisateur	Prénom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	-------------------------	---------------

Section réservée à l'intervenant

Score total

Nombre total d'items x

Nombre d'items remplis (≥ 5)* /

Score ajusté =

Est-ce que le score ajusté est plus grand que le seuil clinique de 8? Oui Non

Analyse qualitative ou commentaires de l'intervenant :

* Lorsqu'il y a 3 réponses ou plus qui sont manquantes, le score du questionnaire ne peut pas être utilisé.

Questionnaire révisé par :				Date :		
Nom de l'intervenant	Prénom de l'intervenant	N° de permis	Signature	Année	Mois	Jour