



Facility:

D.O.B. ____ / ____ / ____

M.O.

ADDRESS

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

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

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 ?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir nerveux ?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de ressentir une nervosité si grande que rien ne pouvait vous calmer ?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de de vous sentir quelquefois désespéré ?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir des fois agité ?	☐	☐	☐	☐	☐
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 ?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir parfois déprimé ?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé d'avoir l'impression que vous vous efforiez à tout ?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de ressentir une tristesse si grande que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Pendant les quatre dernières semaines, vous est-il arrivé de vous sentir bon à rien ?	☐	☐	☐	☐	☐

Veuillez tourner la page pour continuer

Facility:

FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

☐ MALE ☐ FEMALE

D.O.B. ____ / ____ / ____

M.O.

ADDRESS

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

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 maux ? (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 maux ? (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 maux ? (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 maux ?

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



SMR060973