

Bien des gens connaissent des périodes pendant lesquelles leur moral est bon et d'autres pendant lesquelles il est bas. Nous allons maintenant vous poser des questions sur les périodes où vous aviez plutôt mauvais moral.

5. Au cours du dernier mois, avez-vous eu une période ayant duré au moins deux semaines pendant laquelle :

- a. Vous vous êtes senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ? ₁ oui ₂ non
- b. Vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? ₁ oui ₂ non
- c. Vous vous sentiez presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ? ₁ oui ₂ non

Si vous avez répondu oui à au moins une des trois questions ci-dessus, poursuivez le questionnaire, sinon allez directement à la question 7

6. Durant cette période, lorsque vous vous sentiez déprimé(e), sans intérêt pour les choses, fatigué(e) :

- a. Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? ₁ oui ₂ non
- b. Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ? ₁ oui ₂ non
- c. Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ? ₁ oui ₂ non
- d. Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ? ₁ oui ₂ non
- e. Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ? ₁ oui ₂ non
- f. Aviez-vous du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ? ₁ oui ₂ non
- g. Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires, comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ? ₁ oui ₂ non

Quelques questions maintenant sur vos habitudes de vie et votre état de santé

7. Avez-vous ?

- ₁ toutes vos dents intactes, en bon état ?
- ₂ toutes vos dents, dont certaines ont dû être traitées ou remplacées ?
- ₃ perdu une partie de vos dents, mais il vous en reste assez pour mastiquer les aliments sans nécessiter de prothèse dentaire ?
- ₄ perdu toutes ou presque toutes vos dents ?

8. Portez-vous ?

- des lunettes ₁ oui ₂ non ⇒ Si oui, précisez la nature du trouble visuel ↓
- une prothèse auditive ₁ oui ₂ non
- une prothèse dentaire fixe (couronne, bridge...) ₁ oui ₂ non
- une prothèse dentaire amovible (dentier) ₁ oui ₂ non
- une autre prothèse (ex. hanche, pile pour le coeur) .. ₁ oui ₂ non ⇒ Si oui, laquelle ?

9. Vous êtes-vous fait poser, au cours des douze derniers mois, une ou plusieurs PROTHÈSE(S) DENTAIRE(S) FIXE(S) ?

₁ oui ₂ non

Si oui, combien de couronne(s) |__|, de bridge(s) |__|

10. Combien avez-vous payé pour l'ensemble de ces prothèses? |__|_|__|_|__|_|__| francs

11. FUMEZ-VOUS de façon habituelle ?

- ₁ oui ⇒ combien fumez-vous par jour de : cigarettes |__|_|__| pipes, cigarillos ou cigares |__|_|__|
depuis combien d'années ? |__|_|__|
- ₂ non ⇒ avez-vous déjà fumé ? ₁ oui, ⇒ pendant combien d'années ? |__|_|__|
- ₂ non, jamais

12. Suivez-vous actuellement un RÉGIME ALIMENTAIRE qui vous a été prescrit pour des raisons médicales ? ₁ oui ₂ non

- Si oui, est-ce pour :
- le cholestérol ? ₁ oui ₂ non
- le diabète ? ₁ oui ₂ non
- le coeur ou la tension ? ₁ oui ₂ non
- maigrir ? ₁ oui ₂ non
- une autre raison ? ₁ oui ₂ non si oui, précisez laquelle :
-

Quelques questions maintenant sur votre consommation de soins :

13. Au cours des dernières 24h, c'est à dire depuis hier à la même heure, quels sont les médicaments que vous avez consommés ? Donnez le nom précis, y compris le dosage et le contenu de la boîte ainsi que la quantité consommée (sans oublier les pilules et autres contraceptifs, les somnifères, anti-douleurs...)

Nom du produit (y compris le dosage)	Forme et quantité contenue dans une boîte	Quantité consommée depuis hier à la même heure
<i>exemple :</i> TILDIEM 300mg, ASPRO 500mg etc....	<i>exemple :</i> 25 comprimés, 15 suppositoires, 100ml, 30 gélules	<i>exemple :</i> 1 mesure, 2 comprimés, 3 cuillères à café, etc

14. Hier, êtes-vous allé(e) à la pharmacie ? ₁ oui ₂ non

Si oui, à cette occasion, avez-vous acheté, pour vous-même ou une autre personne du ménage, un ou plusieurs produits pharmaceutiques non prescrits, c'est à dire sans ordonnance (y compris aspirine, vitamines, sirop,...) ?

₁ oui ₂ non

Si oui, lesquels ? <i>Donnez le nom précis, le dosage, la forme et la quantité contenue dans une boîte</i>	Pour quelle(s) personne(s) du ménage ? <i>Indiquez le(s) prénom(s)</i>

15. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu, à plusieurs reprises, des soins dispensés par :

une infirmière ? ₁ oui ₂ non

un kinésithérapeute ? ₁ oui ₂ non

un autre auxiliaire ? ₁ oui ₂ non ⇒ *si oui, précisez lequel*

16. Avez-vous eu recours, pour des problèmes de santé, au cours des 12 derniers mois, à une personne qui n'est ni médecin, ni kinésithérapeute, ni infirmière ou psychologue...

₁ oui ₂ non

- Si oui, précisez : s'il s'agissait d'un ₁ guérisseur
₂ rebouteux
₃ chiropracteur
₄ naturopathe
₅ autre, précisez

le mois de la dernière séance :

la somme payée pour cette dernière séance : | | | | francs

les problèmes de santé à l'origine de cette dernière séance :