

CONSEILS POUR PRÉPARER VOTRE PROCHAIN RENDEZ-VOUS

Vous voulez tirer le maximum de votre prochain rendez-vous? Votre fournisseur de soins aussi.

Tout ce qu'il faut, c'est un peu de réflexion préalable et de préparation, et de l'honnêteté durant le rendez-vous. Mettez les conseils ci-dessous en pratique pour vous aider à rassembler vos idées et à vous préparer à votre conversation avec votre médecin.

1. FAITES UNE LISTE DES FAITS IMPORTANTS, PAR EXEMPLE:

Les symptômes que vous éprouvez

Des renseignements personnels comme les stress ou les événements que vous vivez

2. DRESSEZ LA LISTE DES QUESTIONS IMPORTANTES À POSER, NOTAMMENT:

Quels types de tests devrai-je subir?

Que dois-je savoir à propos de mon médicament et des autres options qui s'offrent à moi?

À quels effets secondaires dois-je m'attendre et comment puis-je les prendre en charge?

3. ENVISAGEZ D'ÊTRE ACCOMPAGNÉ(E) D'UN PROCHE POUR VOUS AIDER À VOUS SOUVENIR DE CE QUI VOUS AURA ÉTÉ DIT DURANT LE RENDEZ-VOUS.

4. SOYEZ PRÊT(E) À RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE.

5. REMPLISSEZ LE QUESTIONNAIRE PHQ-9 (*PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE* — QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT). IL S'AGIT D'UN QUESTIONNAIRE À REMPLIR VOUS-MÊME QUI AIDERA VOTRE MÉDECIN À ÉVALUER VOTRE RÉPONSE AU TRAITEMENT (VOIR LA PAGE 2).

Vous et votre médecin formez la meilleure équipe pour personnaliser votre traitement.

QUESTIONNAIRE PHQ-9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE; QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT) DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION ET SURVEILLANCE DE LA RÉPONSE AU TRAITEMENT

Nom : _____ Date : _____

Au cours des **2 dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

Veuillez encercler le numéro correspondant à votre réponse.

	PAS DU TOUT	PLUSIEURS JOURS	PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	PRESQUE TOUS LES JOURS
1 Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2 Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3 Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4 Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5 Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6 Mauvaise perception de vous-même – ou vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7 Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8 Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire – vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9 Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3
Score				
Score total				
Score précédent	Date de la précédente évaluation: _____			

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante: dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

☐ Pas du tout difficile(s)

☐ Plutôt difficile(s)

☐ Très difficile(s)

☐ Extrêmement difficile(s)