

CONSULTATION ET TESTS PHARMACOGÉNÉTIQUES

ANNEXE A – RESSOURCES DU PHARMACIEN



Le Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9)

LISTE DE CONTRÔLE DES NEUF SYMPTÔMES

Nom : _____ Date : _____

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	Jamais	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 perdant 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

(Pour le codage des bureaux : Score total _____ = _____ + _____ + _____)

Si vous avez coché *au moins un* des problèmes, dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu *difficiles* votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile Plutôt difficile Très difficile Extrêmement difficile

Niveau de gravité basé sur le score au QSP-9

SCORE AU QSP-9	NIVEAU DE GRAVITÉ DE LA DÉPRESSION
De 0 à 4	Minimale
De 5 à 9	Légère
De 10 à 14	Modérée
De 15 à 19	Modérément grave
De 20 à 27	Grave

D'après Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Le Questionnaire sur le trouble anxieux en sept points (GAD-7)

GAD-7

Au cours des <u>2 dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	<i>Jamais</i>	<i>Plusieurs jours</i>	<i>Plus de la moitié du temps</i>	<i>Presque tous les jours</i>
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

Score total _____ = Ajouter les colonnes _____ + _____ + _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes, dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile Plutôt difficile Très difficile Extrêmement difficile

Niveau de gravité basé sur le score au GAD-7

SCORE AU GAD-7	NIVEAU DE GRAVITÉ DU TROUBLE ANXIEUX
De 0 à 4	Minimal
De 5 à 9	Léger
De 10 à 14	Modéré
De 15 à 21	Grave

D'après Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092