

Date : .....

NOM/ Prénom : .....

Dossier : .....

### **Mini GDS**

**Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent**

- |  |          |         |
|--|----------|---------|
| 1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?                   | oui : 1, | non : 0 |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?             | oui : 1, | non : 0 |
| 3. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?                 | oui : 0, | non : 1 |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | oui : 1, | non : 0 |

---

#### **Cotation :**

Question 1 : oui : 1, non : 0

Question 2 : oui : 1, non : 0

Question 3 : oui : 0, non : 1

Question 4 : oui : 1, non : 0

---

**Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.**

**Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.**