

---

ECHELLE DE DEPISTAGE DU TROUBLE ANXIEUX GENERALISE  
ECHELLE GAD-7

---

Date de passation :

... / ... / 20 ...

*Etiquette patient*

Nom :

Prénom :

**0** : jamais

**1** : plusieurs jours

**2** : plus de la moitié du temps

**3** : presque tous les jours

**Au cours des 2 dernières semaines**

**Selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?**

**(Veuillez entourer votre réponse)**

1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
4. Des difficultés à se détendre	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
5. Une agitation telle qu'il est difficile à tenir en place	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

---