

Primary Care PTSD Screen for DSM-5

1. Avez-vous vécu un ou plusieurs de ces événements suivants ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases.)

- Un accident ou un incendie grave
- Violence psychologique, physique ou sexuelle
- Un tremblement de terre ou une inondation
- Une guerre Avoir vu quelqu'un se faire tuer ou être grièvement blessé
- Un homicide ou le suicide d'un proche
- Aucune de ces réponses

2. Concernant les événements que vous avez vécus, au cours du dernier mois...

	OUI	NON
Avez-vous fait des cauchemars à propos de ces événements ou pensé à ces événements alors que vous ne le souhaitiez pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait de votre mieux pour ne pas penser à ces événements ou vous êtes-vous forcé d'éviter les situations qui vous rappelaient l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été en état de super-alerte ou de vigilance ou sur vos gardes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous êtes-vous senti.e détaché.e des gens, des activités ou de votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vous êtes-vous senti.e coupable ou incapable d'arrêter de vous faire des reproches pour l'évènement ou tous les problèmes causés par l'évènement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation

Si vous avez répondu 'oui' à la question [1] et si vous avez répondu 'oui' à 3 questions ou plus, le SSPT est probable et d'autres diagnostics sont conseillés.

Reference Version originale: Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PCPTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. J Gen Intern Med. 2016 Oct;31(10)