



Major (ICD-10) Depression Inventory

The following questions ask about how you have been feeling over the last two weeks. Please put a tick in the box which is closest to how you have been feeling.

	How much of the time ...						
		All the time	Most of the time	Slightly more than half the time	Slightly less than half the time	Some of the time	At no time
1	Have you felt low in spirits or sad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you lost interest in your daily activities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you felt lacking in energy and strength?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you felt less self-confident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you had a bad conscience or feelings of guilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Have you felt that life wasn't worth living?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Have you had difficulty in concentrating, e.g. when reading the newspaper or watching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a	Have you felt very restless?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b	Have you felt subdued or slowed down?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Have you had trouble sleeping at night?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a	Have you suffered from reduced appetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b	Have you suffered from increased appetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name: _____

Date: _____

MDI (Major Depression Inventory)

Met toestemming van de auteur

Nederlandstalige versie van:

Bron: <http://www.who-5.org/>

Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

Major (ICD-10) Depression Inventory

De volgende vragen gaan over hoe u zich heeft gevoeld in de afgelopen twee weken. Kruis alstublieft het vakje aan dat het beste weergeeft hoe u zich gevoeld heeft.

	Hoeveel van de tijd. . .	Continu	Het grootste deel van de tijd	Iets meer dan de helft van de tijd	Iets minder dan de helft van de tijd	Een deel van de tijd	Helemaal niet
1.	Heeft u zich in de put of somber gevoeld?						
2.	Heeft u uw interesse verloren in uw dagelijkse activiteiten?						
3.	Heeft u een tekort aan energie en kracht gevoeld?						
4.	Heeft u minder zelfvertrouwen gevoeld?						
5.	Heeft u een slecht geweten of schuldgevoelens gehad?						
6.	Heeft u het gevoel gehad dat het leven niet de moeite waard is?						
7.	Heeft u moeite gehad om u te concentreren, bijvoorbeeld bij het lezen van de krant of televisiekijken?						
8.a.	Heeft u zich erg rusteloos gevoeld?						
8.b.	Heeft u zich lusteloos gevoeld?						
9.	Heeft u moeite om 's nachts te slapen gehad?						
10.a.	Heeft u last gehad van verminderde eetlust?						
10.b.	Heeft u last gehad van grotere eetlust?						

MDI (Major Depression Inventory)

Met toestemming van de auteur

Franstalige versie van:

Bron: <http://www.who-5.org/>

Questionnaire d'évaluation de Dépression Majeure

Major Depression Inventory (MDI)

(Version française: Dr. Dominique Périn Calvão)

Les questions suivantes portent sur la façon dont vous vous êtes senti **au cours des deux dernières semaines**. Veuillez cocher la case qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti.

Au cours des deux dernières semaines, pendant combien de temps...		Tout le temps	La plupart du temps	Un peu plus de la moitié du temps	Un peu moins de la moitié du temps	Rarement	Jamais
1	Vous êtes-vous senti(e) triste ou démoralisé(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous manqué d'intérêt pour vos activités quotidiennes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous eu l'impression de manquer de force ou d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Vous êtes-vous senti(e) moins sûr(e) de vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Avez-vous eu mauvaise conscience ou vous êtes vous senti(e) coupable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Avez-vous eu du mal à vous concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a	Vous êtes vous senti(e) agité(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b	Vous êtes vous senti(e) ramolli ou ralenti(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Avez-vous eu du mal à dormir la nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a	Avez-vous eu moins d'appétit que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b	Avez-vous eu plus d'appétit que d'habitude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom: _____

Date: _____

Copyright © Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, Hillerød, Denmark