

Site Number	Subject Number 	Examiner Initials 	Visit	Examination Date Day Month Year
-------------	--	---	-------	--

Les droits d'auteur de cette échelle et de ses traductions appartiennent aux auteurs (Leentjens AFG, Dujardin K, Pontone GM, Starkstein SE, Weintraub D et Martinez-Martin P; 2014). L'échelle et ses traductions relèvent du domaine public et peuvent être utilisées gratuitement sans l'obtention d'une autorisation supplémentaire à condition d'en citer la source.

L'échelle d'anxiété liée à la maladie de Parkinson (PAS); version française

A. Anxiété persistante

Veillez cocher un cercle pour chaque item ci-dessous

Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous éprouvé les symptômes suivants?

A.1. Sentiment d'anxiété ou de nervosité

- ☐ 0. Aucun, ou jamais
- ☐ 1. Très léger, ou rarement
- ☐ 2. Léger, ou parfois
- ☐ 3. Modéré, ou souvent
- ☐ 4. Grave, ou (presque) toujours

A.2. Sentiment de tension ou de stress

- ☐ 0. Aucun, ou jamais
- ☐ 1. Très léger, ou rarement
- ☐ 2. Léger, ou parfois
- ☐ 3. Modéré, ou souvent
- ☐ 4. Grave, ou (presque) toujours

A.3. Incapacité de se détendre

- ☐ 0. Aucun, ou jamais
- ☐ 1. Très léger, ou rarement
- ☐ 2. Léger, ou parfois
- ☐ 3. Modéré, ou souvent
- ☐ 4. Grave, ou (presque) toujours

Site Number	Subject Number 	Examiner Initials 	Visit	Examination Date Day – Month – Year
-------------	---	---	-------	---

A.4. Souci excessif pour des situations de la vie quotidienne

- ☐ 0. Aucun, ou jamais
- ☐ 1. Très léger, ou rarement
- ☐ 2. Léger, ou parfois
- ☐ 3. Modéré, ou souvent
- ☐ 4. Grave, ou (presque) toujours

A.5. Crainte que quelque chose de mal, ou même que le pire, se produise

- ☐ 0. Aucun, ou jamais
- ☐ 1. Très léger, ou rarement
- ☐ 2. Léger, ou parfois
- ☐ 3. Modéré, ou souvent
- ☐ 4. Grave, ou (presque) toujours

B. Anxiété épisodique

Veillez cocher un cercle pour chaque item ci-dessous

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu des épisodes où vous avez éprouvé les symptômes suivants?

B.1. Panique ou peur intense

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Rarement
- ☐ 2. Parfois
- ☐ 3. Souvent
- ☐ 4. Presque toujours

B.2. Essoufflement

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Rarement
- ☐ 2. Parfois
- ☐ 3. Souvent
- ☐ 4. Presque toujours

Site Number	Subject Number 	Examiner Initials 	Visit	Examination Date Day – Month – Year
-------------	---	--	-------	---

B.3. Palpitations cardiaques ou cœur qui bat rapidement (sans lien avec un effort ou une activité physique)

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Rarement
- ☐ 2. Parfois
- ☐ 3. Souvent
- ☐ 4. Presque toujours

B.4. Peur de perdre le contrôle

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Rarement
- ☐ 2. Parfois
- ☐ 3. Souvent
- ☐ 4. Presque toujours

C. Comportement d'évitement

Veillez cocher un cercle pour chaque item ci-dessous

Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous craint ou évité les situations suivantes?

C.1. Situations sociales (où une personne peut être observée ou évaluée par autrui, comme parler en public ou parler à des étrangers)

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Rarement
- ☐ 2. Parfois
- ☐ 3. Souvent
- ☐ 4. Presque toujours

C.2. Lieux publics (situations dont il peut être difficile ou embarrassant de s'échapper, comme les files d'attente, les foules, les ponts ou le transport en commun)

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Rarement
- ☐ 2. Parfois
- ☐ 3. Souvent
- ☐ 4. Presque toujours

C.3. Objets ou situations en particulier (comme voler, les hauteurs, les araignées ou d'autres animaux, les aiguilles ou le sang)

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Rarement
- ☐ 2. Parfois
- ☐ 3. Souvent
- ☐ 4. Presque toujours