

Patient Label

ስም: _____

MRN: _____

ቀን: _____



Behavioral Health Monitoring Tool--Amharic

የሰነ-ባህርይ ጤና ክትትል መሣርያ

ባለፉት 2 ሳምንታት, በሚከተሉት ችግሮች (PHQ-9) ችግሮች ምን ያህል ጊዜ ተቸገሩ?	በጭራሽ	በርካታ ቀናት	ከግማሽ በላይ በየቀኑ ማለት በሚሆኑ ቀናት	በየቀኑ ማለት ይቻላል		
1. ፍላጎት ማጣት ወይም ነገሮች ለማከናወን ደስተኛ አለመሆን	0	1	2	3		
2. የድብርት፣ መደበኛ ወይም ተስፋ መቁረጥ ስሜት	0	1	2	3		
3. እንቅልፍ ለመውሰድ ወይም ለመተኛት መቸገር ወይም ብዙ መተኛት	0	1	2	3		
4. የድካም ስሜት ወይም አቅም ማጣት	0	1	2	3		
5. ዝቅተኛ የምግብ ፍላጎት ወይም ከመጠን በላይ መመገብ	0	1	2	3		
6. ስለራስዎ መጥፎ ስሜት መስማት - ወይም ራስዎን እንዳልተሳካለት ወይም የራስዎትን ወይም ቤተሰብዎትን ምኞት እንዳላሳካ ሰው መቁጠር	0	1	2	3		
7. ለምሳሌ ጋዜጣ ሲያነቡ ወይም ቴሌቪዥን ሲመለከቱ ትኩረት ማጣት	0	1	2	3		
8. ሌሎች ሰዎች እስኪታዘቡ ድረስ ሲራመዱ ወይም ሲናገሩ በጣም ዘገምተኛ መሆን። ወይም ከዛ ተቃራኒ - ቅዥቅዥ በማለት ወይም እረፍት በማጣት ምክንያት ከተለመደው ውጭ አብዝቶ መንቀሳቀስ.	0	1	2	3		
9. ቢሞቱ እንደሚሻል፣ ወይም እራስዎትን በሆነ መንገድ መጉዳትን ማሰብ	0	1	2	3		
10. መደናገጥ፣ መርበትበት፣ ወይም ዘና አለማለት	0	1	2	3		
11. መጨነቅን ማቆም ወይም መቆጣጠር አለመቻል	0	1	2	3		
12. ችግሮቹ ስራዎት፣ ቤተሰብዎት ወይም ማህበራዊ እንቅስቃሴዎት ላይ ተፅእኖ አሳድረዋል?	0	1	2	3		
እባክዎን እነዚህ ያለፈውን አመት የተመለከቱ ጥያቄዎችን ይመልሱ. (ባለፈው አመት የመጠጣት ወይም አደንዛዥ እፅ የመጠቀም ሁኔታዎ ቀይረው ከሆነ፣ እባክዎን ለመጨረሻ ጊዜ መቼ እንደተጠቀሙ ይንገሩን።) (AUDIT-C)						
13. የአልኮል ይዘት ያለው መጠጥ ምን ያህል ጊዜ ይጠጣሉ?	በፍፁም 0	በወሩ ወይም ከዚያ 1	በወር ከ 2 እስከ 4 ጊዜ 2	በሳምንት ከ 2 እስከ 3 ጊዜ 3	በሳምንት 4 ጊዜ ወይም ከዚያ በላይ 4	
14. የአልኮል ይዘት ያለው መጠጥ ሲጠጡ በቀን ምን ያህል መጠጥ ይጠጣሉ?	ምንም 0	1 ወይም 2 0	3 ወይም 4 መጠጦች 1	5 ወይም 6 መጠጦች 2	7 ወይም 9 መጠጦች 3	10 ወይም 10 መጠጦች 4
15. በአንድ አጋጣሚ ወይም ከዚያ በላይ መጠጦች ለስንት ያህል ጊዜ ይጠጣሉ?	በፍፁም 0	በወር ከአንድ ጊዜ ያነሰ 1	በወር አንድ ጊዜ 2	በሳምንት አንድ ጊዜ 3	በየቀኑ ወይም በየቀኑ በሚባል 4	
16. ማሪዋና ምን ያህል ጊዜ ተጠቀሙ? (Marijuana)	በፍፁም 0	በወር ከአንድ ጊዜ ያነሰ 1	በወር አንድ ጊዜ 2	በሳምንት አንድ ጊዜ 3	በየቀኑ ወይም በየቀኑ በሚባል 4	
17. ሕገወጥ መድኃኒት ወይም የታዘዘለዎት መድኃኒት ለሕክና ባልሆነ ምክንያት ምን ያህል ተጠቀሙ? (Drugs)	በፍፁም 0	በወር ከአንድ ጊዜ ያነሰ 1	በወር አንድ ጊዜ 2	በሳምንት አንድ ጊዜ 3	በየቀኑ ወይም በየቀኑ በሚባል 4	
18. የጦር መሣርያ የማግኘት እድል አልዎት?	አዎ (Yes)		የለም (No)			

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____



Behavioral Health Monitoring Tool

Over the past 2 weeks , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual.	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3
10. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
11. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
12. Have your problems interfered with your work, family or social activities?	0	1	2	3

Please answer these questions about the past year. (If you have changed your drinking or substance use in the past year, please report on your most recent use.)

13. How often do you have a drink containing alcohol?	Never 0	Monthly or less 1	2 to 4 times a month 2	2 to 3 times a week 3	4 or more times a week 4	
14. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	None 0	1 or 2 drinks 0	3 or 4 drinks 1	5 or 6 drinks 2	7 to 9 drinks 3	10 or more drinks 4
15. How often do you have <u>6 or more</u> drinks on one occasion?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
16. How often have you used marijuana?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
17. How often have you used an illegal drug (not marijuana) or used a prescription medication for non-medical reasons?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
18. Do you have access to guns?			Yes	No		