

ਸਲਾਨਾ ਵਹਿਾਰਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਲੇਬਲ

ਨਾਮ: _____

MRN: _____

ਮਿਤੀ: _____

ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ, ਅਸੀਂ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੇ ਹਾਲਾਤਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਇਹ ਫਾਰਮ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਲੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇ ਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਰਵੇਤਮ ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰੇਕ ਜਵਾਬ ਦੇ ਸਰਵੇਤਮ ਜਵਾਬ 'ਤੇ ਗੋਲ ਚੱਕਰ ਲਗਾਓ।

(PHQ-2)

ਪਿਛਲੇ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਸੀਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਕਕਰੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਹੋਏ ਹੋ:

1. ਕੁਝ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਦਿਲਚਸਪੀ ਜਾਂ ਖੁਸ਼ੀ ਹੈ?	ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਕਈ ਦਿਨ 1	ਅੱਧੇ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ 2	ਲਗਭਗ ਹਰੇਕ ਦਿਨ 3
2. ਦੁਖੀ, ਉਦਾਸ ਜਾਂ ਨਿਰਾਸ਼ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ	ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਕਈ ਦਿਨ 1	ਅੱਧੇ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ 2	ਲਗਭਗ ਹਰੇਕ ਦਿਨ 3

(AUDIT-C)

ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ...

3. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਂਦੇ ਸੀ?	ਕਦੇ ਨਹੀਂ 0	ਮਾਸਿਕ ਜਾਂ ਘੱਟ 1	ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 2 ਤੋਂ 4 ਵਾਰ 2	ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 2 ਤੋਂ 3 ਵਾਰ 3	ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 4 ਜਾਂ ਵੱਧ ਵਾਰ 4	
4. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀ ਰਹੇ ਸੀ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਦਿਨ ਕਿੰਨੇ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਵਿੱਚ ਅਲਕੋਹਲ ਸੀ?	ਕੁਝ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	1 ਜਾਂ 2 ਡ੍ਰਿੰਕ 0	3 ਜਾਂ 4 ਡ੍ਰਿੰਕ 1	5 ਜਾਂ 6 ਡ੍ਰਿੰਕ 2	7 ਤੋਂ 9 ਡ੍ਰਿੰਕ 3	10 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਡ੍ਰਿੰਕ 4
5. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ <u>6 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ</u> ਡ੍ਰਿੰਕ ਲਏ ਸਨ?	ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਮਾਸਿਕ ਤੋਂ ਘੱਟ 1	ਮਾਸਿਕ 2	ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ 3	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜਾਂ ਲਗਭਗ ਰੋਜ਼ਾਨਾ 4	
6. ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੰਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ? (Marijuana)	ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਮਾਸਿਕ ਤੋਂ ਘੱਟ 1	ਮਾਸਿਕ 2	ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ 3	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜਾਂ ਲਗਭਗ ਰੋਜ਼ਾਨਾ 4	
7. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਤੁਸੀਂ ਗੈਰ-ਕਾਨੂੰਨੀ (ਭੰਗ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ) ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਸੀ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਰਨ ਤੋਂ ਪਰਚੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਸੀ? (Drugs)	ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਮਾਸਿਕ ਤੋਂ ਘੱਟ 1	ਮਾਸਿਕ 2	ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ 3	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜਾਂ ਲਗਭਗ ਰੋਜ਼ਾਨਾ 4	

Annual Behavioral Health Questionnaire



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

Once a year, we ask all our patients to complete this form on conditions that affect their health. Please help us provide you with the best medical care by answering the questions below.

Please CIRCLE the BEST response to each question.

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems:

1. Little interest or pleasure in doing things?	Not at all 0	Several days 1	More than half the days 2	Nearly every day 3
---	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

2. Feeling down, depressed, or hopeless?	Not at all 0	Several days 1	More than half the days 2	Nearly every day 3
--	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

In the past year...

3. How often did you have a drink containing alcohol in the past year?	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
--	-------------------	-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

4. How many drinks containing alcohol did you have on a typical day when you were drinking in the past year?	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
--	------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------

5. How often did you have <u>6 or more</u> drinks on one occasion in the past year?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
---	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

6. How often in the past year have you used marijuana?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

7. How often in the past year 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
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

ਬਾਲਗਾਂ ਲਈ PHQ-9* ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ

ਪਿਛਲੇ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਤੋਂ ਵੱਧ, ਤੁਸੀਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਕਰਕੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਹੋਏ ਹੋ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਸੰਕੇਤ ਦੇਣ ਲਈ ਗੋਲ ਚੱਕਰ ਲਗਾਓ)	ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਨਹੀਂ	ਕਈ ਦਿਨ	ਅੱਧੇ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ	ਲਗਭਗ ਹਰੇਕ ਦਿਨ
3. ਨੀਂਦ ਘੱਟ ਆਉਣੀ, ਜਾਂ ਸੁੱਤੇ ਰਹਿਣਾ, ਜਾਂ ਬਹੁਤ ਜਿਆਦਾ ਨੀਂਦ ਆਉਣੀ	0	1	2	3
4. ਥੱਕਿਆ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਘੱਟ ਊਰਜਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ	0	1	2	3
5. ਘੱਟ ਭੁੱਖ ਜਾਂ ਜਿਆਦਾ ਖਾਣਾ	0	1	2	3
6. ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਬੁਰਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ - ਜਾਂ ਇਹ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਸਫਲ ਹੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਨਿਰਾਸ਼ ਕੀਤਾ ਹੈ	0	1	2	3
7. ਚੀਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਨ ਸਮੱਸਿਆ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਅਖਬਾਰ ਪੜ੍ਹਨਾ ਜਾਂ ਟੈਲੀਵਿਜ਼ਨ ਦੇਖਣਾ	0	1	2	3
8. ਏਨੀ ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਹਰਕਤ ਕਰਨੀ ਜਾਂ ਬੋਲਣਾ ਦੂਜਿਆਂ ਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗ ਸਕੇ। ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਉਲਟ - ਐਨੇ ਤੰਗ ਜਾਂ ਬੇਆਰਾਮ ਹੋਣ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਜਿਆਦਾ ਘੁੰਮ ਰਹੇ ਹੋ	0	1	2	3
9. ਅਜਿਹੇ ਵਿਚਾਰ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮਰੇ ਹੋਏ ਹੋ ਖਿਹਤਰ ਹੋ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਦੁੱਖ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਵਿਚਾਰ	0	1	2	3

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਵਾਲ ਇਹ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਗੇ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ।

	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ
1. ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ ਨਿਰਾਸ਼ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖੁਸ਼ੀ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤੀ ਹੈ - ਬਹੁਤ ਉਚੇਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 'ਬਹੁਤ ਸਾਰੀ ਊਰਜਾ' ਨਾਲ? ਕੀ ਨੀਂਦ ਦੀ ਲੋੜ ਮਹਿਸੂਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ? ਕੀ ਕਦੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਕਰ ਸਕਦੇ ਸੀ? ਗੋਲ ਚੱਕਰ ਵਿੱਚ "ਹਾਂ" ਲਿਖੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਲੱਛਣ ਸਨ ਅਤੇ ਉਹ ਪਿਛਲੇ ਕੁਝ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣੇ।			
2. ਪਿਛਲੇ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸੁਣਿਆ ਜਾਂ ਵੇਖਿਆ ਹੈ ਜੋ ਹੋਰ ਲੋਕ ਦੇਖ ਜਾਂ ਸੁਣ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ ਜਾਂ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਉਹ ਉੱਥੇ ਹੋ ਨਹੀਂ ਸਨ?			
3. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਧਮਕੀਆਂ, ਸਰੀਰਕ ਨੁਕਸਾਨਾਂ ਜਾਂ ਜ਼ਬਰਦਸਤੀ ਜਿਨਸੀ ਸਬੰਧਾਂ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋਏ ਹੋ?			
4. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਤਣਾਅਪੂਰਨ ਘਟਨਾ ਜਾਂ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਤਬਦੀਲੀ ਨੂੰ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਿਸੇ ਦੇਸ਼ ਤੋਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਮੌਤ, ਨੌਕਰੀ ਛੱਡ ਜਾਣ ਜਾਂ ਰਿਸ਼ਤੇ ਸੰਬੰਧੀ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ?			
5. ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ, ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਅਜਿਹਾ ਕੋਈ ਤਜਰਬਾ ਹੈ ਜੋ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਡਰਾਵਾ, ਭਿਆਨਕ, ਜਾਂ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਸੀ, ਜੋ ਪਿਛਲੇ ਮਹੀਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ: <ul style="list-style-type: none"> ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਮਾਨਸਿਕ ਭੈ ਸੀ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕਦੇ ਸੋਚਿਆ ਨਹੀਂ ਸੀ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਇਹ ਚਾਹੁੰਦੇ ਸੀ? ਇਸ ਬਾਰੇ ਨਾ-ਸੋਚਣ ਦੀ ਜਾਂ ਉਸਦੀ ਯਾਦ ਦਿਵਾਉਣ ਵਾਲੇ ਹਲਾਤਾਂ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਪਾਸਾ ਵੱਟਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ? ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੋਰਾਂ, ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ, ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਤੋਂ ਲਗਾਤਾਰ ਚੌਕਸ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ? 			

*ਇਹ ਇੱਕ ਮਿਆਰੀ 9-ਆਈਟਮ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਵਲੀ ਹੈ ਜੋ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਪ੍ਰਸ਼ਨ # 1 ਅਤੇ # 2 ਨੂੰ ਹਟਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਵਿਗਾਹਿਕ ਸਿਹਤ ਸਕਰੀਨ (ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਵੇਖੋ) ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਦੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਡਾ. ਰਾਬਰਟ ਐਲ. ਸਪਿਟਜਰ, ਜੌਨ ਡੀ. ਡਬਲਊ. ਵਿਲੀਆਮਸ, ਕਰਟ ਕ੍ਰੈਨੇਕ, ਅਤੇ ਸਾਥੀਆਂ ਦੁਆਰਾ, Pfizer Inc. ਤੋਂ ਇਕ ਵਿਦਿਅਕ ਗ੍ਰਾਂਟ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਕਸਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।
ਕਾਪੀਰਾਈਟ © 2005 Pfizer, Inc. ਸਭ ਹੱਕ ਰਾਖਵੇਂ ਹਨ। ਅਨੁਮਤੀ ਦੇ ਨਾਲ ਪ੍ਰਜਣਨ।

PHQ-9 for ADULTS*

Patient Health Questionnaire

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Please CIRCLE to indicate your answer)	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
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 your 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

The following questions will help us understand how you've been feeling. Your answers will help you and your doctor follow your progress.				
1. At any point in your life, have you gone through periods when you felt the opposite of being depressed – very 'high' or 'sped up', with lots of energy? Didn't need sleep? Felt you could do anything? Circle Yes if you had these symptoms and they lasted at least a few days and caused trouble for you in your life.	Yes	No	N/A	
2. In the past 2 weeks, have you heard or seen things that other people couldn't see or hear that might really not be there?	Yes	No	N/A	
3. Have you recently been the victim of threats, physical hurting, or forced sexual contact?	Yes	No	N/A	
4. Have you recently experienced some stressful event or life change, like the death of a friend or family member, loss of job, or relationship problems?	Yes	No	N/A	
5. In your life, have you ever had any experience that was so frightening, horrible, or upsetting that in the past month you: <ul style="list-style-type: none"> • Have had nightmares about it or thought about it when you did not want to? • Tried hard not to think about it or went out of your way to avoid situations that reminded you of it? • Were constantly on guard from others, activities, or your surroundings? 	Yes	No	N/A	

*This is a standardized 9-item questionnaire that has been validated. Questions #1 and #2 have been removed because they are the first two questions on the Behavioral Health screen (see other side), which have already been answered.
Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc.
Copyright © 2005 Pfizer, Inc. All rights reserved. Reproduced with permission.