

Метка пациента

Полное имя: \_\_\_\_\_

Медицинский  
регистрационный  
номер: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Раз в год мы просим всех наших пациентов заполнить эту форму, указав информацию о состояниях, влияющих на их здоровье. Помогите нам оказывать Вам наилучшую медицинскую помощь, ответив на приведенные ниже вопросы.

**ОБВЕДИТЕ ЛУЧШИЙ** из ответов на каждый вопрос.

**За последние 2 недели, как часто Вас беспокоили какие-либо из следующих проблем:**

1. Недостаток интереса или удовольствия от занятий разными делами?	Ни разу 0	Несколько дней 1	Более половины времени 2	Почти каждый день 3
2. Уныние, депрессия или чувство безысходности?	Ни разу 0	Несколько дней 1	Более половины времени 2	Почти каждый день 3

**В прошлом году...**

3. Как часто Вы потребляли алкогольные напитки в прошлом году?	Никогда 0	Ежемесячно или реже 1	От 2 до 4 раз в месяц 2	От 2 до 3 раз в неделю 3	4 или более раз в неделю 4	
4. Сколько алкогольных напитков Вы потребляли за типичный день, в который Вы пили, в прошлом году?	Никогда 0	1 или 2 напитка 0	3 или 4 напитка 1	5 или 6 напитков 2	от 7 до 9 напитков 3	10 и более напитков 4
5. Как часто Вам случалось потреблять <u>6 и более</u> напитков в прошлом году?	Никогда 0	Реже, чем ежемесячно 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или практически ежедневно 4	
6. Как часто в прошлом году Вы употребляли марихуану?	Никогда 0	Реже, чем ежемесячно 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или практически ежедневно 4	
7. Как часто в прошлом году Вы употребляли <b>запрещенные</b> наркотики (исключая марихуану) или применяли рецептурные лекарственные препараты не в медицинских целях?	Никогда 0	Реже, чем ежемесячно 1	Ежемесячно 2	Еженедельно 3	Ежедневно или практически ежедневно 4	

# PHQ-9 для ВЗРОСЛЫХ\*

## Опросник по состоянию здоровья пациента

За последние 2 недели, как часто Вас беспокоили какие-либо из следующих проблем? (ОБВЕДИТЕ выбранный Вами ответ)	Ни разу	Несколько дней	Более половины времени	Почти каждый день
3. Проблемы с засыпанием или со сном, или слишком продолжительный сон	0	1	2	3
4. Чувство усталости или недостаток энергии	0	1	2	3
5. Плохой аппетит или переедание	0	1	2	3
6. Чувство сожаления к себе – или ощущение себя неудачником или мысли о том, что Вы подвели самого себя и свою семью	0	1	2	3
7. Трудности сконцентрировать внимание на таких занятиях, как чтение газеты или просмотр ТВ-программ	0	1	2	3
8. Замедленные движения и речь, заметные другим людям. Или противоположное состояние – суетливость и беспокойство, более активные движения, чем обычно	0	1	2	3
9. Мысли о том, что Вам было бы лучше умереть, или причинить себе какой-либо вред	0	1	2	3

Следующие вопросы помогут нам понять, как Вы себя чувствовали. Ваши ответы помогут Вам и Вашему врачу отследить изменение Вашего состояния.				
1. Приходилось ли Вам в какой-либо момент Вашей жизни проходить через периоды, когда Вы испытывали состояние, противоположное депрессии, – «эйфорию» или «приподнятое настроение», большое количество энергии? Не нуждались во сне? Чувствовали, что Вам все по плечу?  Обведите ответ <b>Да</b> , если Вы испытывали эти симптомы, и это продолжалось, как минимум, несколько дней и создавало трудности для Вас и для Вашей жизни.	Да	Нет	Нет данных	
2. За последние 2 недели случалось ли Вам слышать или видеть вещи, которые не могли видеть или слышать другие люди, и которых могло не быть на самом деле?	Да	Нет	Нет данных	
3. Случалось ли Вам за последнее время быть объектом угроз, физических травм или вынужденного сексуального контакта?	Да	Нет	Нет данных	
4. Приходилось ли Вам недавно испытать какое-либо связанное со стрессом событие или изменение в жизни, подобное смерти друга или члена семьи, потери работы или проблем в личных отношениях?	Да	Нет	Нет данных	
5. Случались ли когда-либо в Вашей жизни события, которые были настолько пугающими, страшными или озорчательными, что за последний месяц Вас: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Преследовали кошмары в связи с этим, или Вы думали об этом, когда не хотели этого?</li> <li>• Старались не думать об этом, или Вам пришлось изменить свои планы, чтобы избежать ситуаций, способных напомнить Вам об этом?</li> <li>• Постоянно опасались других лиц, занятий или своего окружения?</li> </ul>	Да	Нет	Нет данных	

\*Это стандартизированный опросник из 9 пунктов, прошедший утверждение. Вопросы № 1 и № 2 были удалены, так как они включены в качестве двух первых вопросов при контроле поведенческого здоровья (см. на оборота) и на них уже были предоставлены ответы.

Разработано д-рами Робертом Л. Спитцером, Джанет Б. У. Уильямс, Куртом Кроенке с коллегами, в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc.

Copyright © 2005 Pfizer, Inc. Все права защищены. Воспроизводится с разрешения.