

Nhân Bệnh Nhân

Tên: _____

Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Ngày: _____

Mỗi năm một lần, chúng tôi yêu cầu tất cả các bệnh nhân của chúng tôi để hoàn thành mẫu đơn này về điều kiện ảnh hưởng đến sức khỏe của họ. Vui lòng giúp chúng tôi cung cấp cho bạn với sự chăm sóc y tế tốt nhất bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây.

Xin vui lòng KHOANH TRÒN trả lời ĐÚNG NHẤT cho mỗi câu hỏi.

Trong 2 tuần qua, mức độ thường xuyên bạn cảm thấy bị làm phiền bởi bất kỳ vấn đề sau ra sao:

	Hoàn toàn không 0	Vài ngày 1	Hơn một nửa ngày 2	Gần như mỗi ngày 3
1. Ít quan tâm hay niềm vui trong làm việc?				
2. Cảm thấy tâm trạng đi xuống, chán nản, hoặc vô vọng?				

Trong năm qua...

	Không bao giờ 0	Hàng tháng hoặc ít hơn 1	2 đến 4 lần một tháng 2	2 đến 3 lần một tuần 3	4 hoặc nhiều lần hơn một tuần 4	
3. Mức độ bạn thường xuyên uống rượu có chứa cồn trong năm qua ra sao?						
4. Bạn đã dùng bao nhiêu lượng đồ uống có chứa cồn trong một ngày điển hình khi bạn uống trong năm qua?	Không có 0	1 hoặc 2 thức uống 0	3 hoặc 4 thức uống 1	5 hoặc 6 thức uống 2	7 hoặc 9 thức uống 3	Từ 10 thức uống trở lên 4
5. Mức độ bạn thường dùng từ <u>6 cốc hoặc hơn</u> mỗi một dịp nào đó trong năm qua ra sao?	Không bao giờ 0	Ít hơn hàng tháng 1	Hàng tháng 2	Hàng tuần 3	Hàng ngày hoặc gần như hàng ngày 4	
6. Mức độ bạn thường xuyên sử dụng cần sa trong năm qua ra sao?	Không bao giờ 0	Ít hơn hàng tháng 1	Hàng tháng 2	Hàng tuần 3	Hàng ngày hoặc gần như hàng ngày 4	
7. Mức độ bạn thường xuyên sử dụng một loại thuốc bất hợp pháp (không phải cần sa) hoặc sử dụng một loại thuốc theo toa cho lý do không phải y tế trong năm qua ra sao?	Không bao giờ 0	Ít hơn hàng tháng 1	Hàng tháng 2	Hàng tuần 3	Hàng ngày hoặc gần như hàng ngày 4	

PHQ-9 dành cho NGƯỜI LỚN*

Bảng Câu Hỏi Sức Khỏe Bệnh Nhân Hàng Năm

Trong 2 tuần qua, mức độ thường xuyên bạn cảm thấy bị làm phiền bởi bất kỳ vấn đề sau ra sao: (Vui lòng KHOANH TRÒN để cho biết câu trả lời của bạn)	Hoàn toàn không	Vài ngày	Hơn một nửa ngày	Gần như mỗi ngày
3. Khó cảm thấy buồn ngủ hoặc khó ngủ lâu, hoặc ngủ quá nhiều	0	1	2	3
4. Cảm thấy mệt mỏi hoặc có ít năng lượng	0	1	2	3
5. Chán ăn hoặc ăn quá nhiều	0	1	2	3
6. Cảm thấy xấu về bản thân mình - hoặc là bạn là một thất bại hoặc đã để cho bản thân hoặc gia đình của mình sa sút	0	1	2	3
7. Khó tập trung vào mọi việc, chẳng hạn như đọc báo hoặc xem truyền hình	0	1	2	3
8. Di chuyển hoặc nói năng quá chậm mà người khác có thể nhận thấy. Hoặc ngược lại - cảm thấy bồn chồn lo lắng hoặc áy náy khi bạn di chuyển xung quanh nhiều hơn bình thường	0	1	2	3
9. Suy nghĩ rằng bạn tốt hơn hết nên tìm đến cái chết, hoặc gây tổn thương cho mình theo một cách nào đó	0	1	2	3

Những câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi hiểu bạn cảm thấy thế nào. Câu trả lời của bạn sẽ giúp bạn và bác sĩ của bạn dõi theo tiến độ của bạn.			
1. Tại bất kỳ thời điểm trong cuộc sống của mình, bạn có trải qua các giai đoạn khi bạn cảm thấy tâm trạng không bị chán nản-cảm thấy rất 'lâng lâng' hoặc 'tăng tốc', với rất nhiều năng lượng không? Bạn có không cần ngủ? Cảm thấy bạn có thể làm bất cứ điều gì? Khoanh tròn Có nếu bạn có những triệu chứng này và chúng kéo dài ít nhất một vài ngày và gây ra rắc rối cho bạn trong cuộc sống của bạn.	Có	Không g	Không áp dụng
2. Trong 2 tuần qua, bạn có nghe hoặc nhìn thấy những điều mà người khác không thể nhìn thấy hoặc nghe thấy rằng thực sự điều đó có thể không xảy ra ở đó?	Có	Không g	Không áp dụng
3. Bạn đã bao giờ là nạn nhân của các mối đe dọa, gây tổn thương thân thể, hoặc buộc phải tiếp xúc tình dục không?	Có	Không g	Không áp dụng
4. Gần đây bạn đã trải qua một số sự kiện căng thẳng hoặc thay đổi cuộc sống, giống như cái chết của một người bạn hoặc thành viên gia đình, mất việc làm, hoặc vấn đề về mối quan hệ?	Có	Không g	Không áp dụng
5. Trong cuộc sống của mình, bạn đã bao giờ có bất kỳ trải nghiệm mang tính đáng sợ, khủng khiếp, hoặc xáo trộn rằng trong tháng qua bạn: <ul style="list-style-type: none"> • Đã có những cơn ác mộng hoặc nghĩ về điều đó khi bạn không muốn? • Cố gắng không để suy nghĩ về điều đó hoặc thoát khỏi thói quen để tránh những tình huống gợi nhớ bạn về điều đó? • Đã liên tục được bảo vệ khỏi những người khác, các hoạt động, hoặc môi trường xung quanh của bạn? 	Có	Không g	Không áp dụng

*Đây là một bảng câu hỏi 9-mục tiêu chuẩn đã được xác nhận. Các câu hỏi #1 và #2 đã bị xóa bởi vì chúng là hai câu hỏi đầu tiên trên màn hình Sức Khỏe Hành Vi (xem bên kia), đã được trả lời.

Được phát triển bởi Tiến sĩ Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, và đồng nghiệp, với một khoản trợ cấp giáo dục từ Pfizer Inc.

Bản quyền © 2005 Pfizer, Inc. Bảo lưu mọi quyền. Sao chép với sự cho phép.

BH4082VIE-01-19