

የታካሚ መረጃ

ስም: _____

MRN: _____

ቀን: _____

በአመት አንድ ጊዜ ታካሚዎቻችንን ጤናቸው ላይ ተፅእኖ የሚያሳድሩ ሁኔታዎችን አመልክቶ ይህን ቅፅ እንዲሞሉ እንጠይቃቸዋለን። እባክዎን ቀጥሎ የተመለከቱትን ጥያቄዎች በመመለስ የተሻለ የጤና እንክብካቤ አገልግሎት እንድንሰጥዎ ያግዙን።

ለእያንዳንዱ ጥያቄ ትክክለኛ የሚሉት መልስ ላይ ያክብቡ።

(PHQ-2)

ባለፉት 2 ሳምንታት በሚከተሉት ችግሮች ምን ያህል ጊዜ ተቸገሩ:

1. የፍላጎት ማነስ ወይም ነገሮችን ለማከናወን ደስተኛ አለመሆን?	በጭራሽ 0	በርካታ ቀናት 1	ከግማሽ በላይ በሚሆኑ ቀናት 2	በየቀኑ ማለት ይቻላል 3
---	-----------	---------------	------------------------	--------------------

2. የድብርት፣ የመደበት፣ ወይም ተስፋ የመቁረጥ ስሜት?	በጭራሽ 0	በርካታ ቀናት 1	ከግማሽ በላይ በሚሆኑ ቀናት 2	በየቀኑ ማለት ይቻላል 3
-------------------------------------	-----------	---------------	------------------------	--------------------

(AUDIT-C)

ባለፈው አመት ...

3. ባለፈው አመት የአልኮል ይዘት ያለው መጠጥ ምን ያህል ጊዜ ጠጡ?	በፍፁም 0	በየወሩ ወይም ከዚያ የሚያንስ 1	በወር ከ 2 እስከ 4 ጊዜ 2	በሳምንት ከ 2 እስከ 3 ጊዜ 3	በሳምንት 4 ጊዜ ወይም ከዚያ በላይ 4
---	-----------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------------

4. ባለፈው አመት በሚጠጡበት ጊዜ በአንድ ቀን የአልኮል ይዘት ያለው መጠጥ ምን ያህል ጠጡ?	ምንም 0	1 ወይም 2 መጠጦች 0	3 ወይም 4 መጠጦች 1	5 ወይም 6 መጠጦች 2	7 ወይም 9 መጠጦች 3	10 መጠጦች ወይም ከዚያ በላይ 4
--	----------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------------------------

5. ባለፈው አመት በአንድ አጋጣሚ 6 ወይም ከዚያ በላይ መጠጦች ለስንት ያህል ጊዜ ጠጡ?	በፍፁም 0	በወር ከአንድ ጊዜ ያነሰ 1	በወር አንድ ጊዜ 2	በሳምንት አንድ ጊዜ 3	በየቀኑ ወይም በየቀኑ በሚባል ደረጃ 4
--	-----------	----------------------	-----------------	-------------------	-----------------------------

6. ባለፈው አመት 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 ደረጃ 4
--	-----------	----------------------	-----------------	-------------------	-----------------------------

7. ባለፈው ዓመት በምን ያህል ድግግሞሽ ህገወጥ መድሀኒት ተጠቀሙ (ማሪዋና አይደለም) ወይም ህክምና ላልሆነ ምክንያት በሀኪም የሚታዘዙ መድሀኒቶችን ተጠቀሙ? (Drugs)	በፍፁም 0	በወር ከአንድ ጊዜ ያነሰ 1	በወር አንድ ጊዜ 2	በሳምንት አንድ ጊዜ 3	በየቀኑ ወይም በየቀኑ በሚባል ደረጃ 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
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

PHQ-9 ለ አዋቂዎች* የታካሚ የጤና መጠይቅ

ባለፉት 2 ሳምንታት በሚከተሉት ችግሮች ምን ያህል ጊዜ ተቸገሩ? (አባከምን መልስዎትን ለማመልከት ያክብቡ)	በጭራሽ	በርካታ ቀናት	ከግማሽ በላይ በሚሆኑ ቀናት	በየቀኑ ማለት ይቻላል
3. እንቅልፍ ለመውሰድ ወይም ለመተኛት መቸገር፣ ወይም ብዙ መተኛት	0	1	2	3
4. የደካም ስሜት ወይም የእቅም ማነስ	0	1	2	3
5. ዝቅተኛ የምግብ ፍላጎት ወይም ከመጠን በላይ መመገብ	0	1	2	3
6. ስለራስዎ መጥፎ ስሜት መሰማት — ወይም ራስዎን እንዳልተሳካሉት ወይም የራስዎትን ወይም ቤተሰብዎትን ምኞት እንዳላሳኩ ሰው መቁጠር	0	1	2	3
7. ለምሳሌ ጋዜጣ ሲያገቡ 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 መጥፋትን ማሰብ	0	1	2	3

የሚከተሉት ጥያቄዎች ምን እየተሰማዎት እንደሆነ ለመረዳት ይጠቅሙናል። የሚሰጧቸው መልሶች እርስዎም ሆነ ደክተርዎ መሻሻልዎን ለመከታተል እንዲችሉ ይረዳሉ።

	አዎ	የላም	አይመለከትም
1. በህይወትዎ በማንኛውም ጊዜ ከመደበኛ በተቃራኒ የሆነ ስሜት ያስተናገዱበት ጊዜ አለ-በጣም 'ከፍተኛ' ወይም 'የተፋጠነ' ፣ በበርካታ ሃይል የተሞላ። እንቅልፍ			
2. ባለፉት ሁለት ሳምንታት ሌሎች ሰዎች ሊያዩዎቸው ወይም ላይሰሙዎቸው የሚችሏቸውን እና የሌሉ ነገሮችን ሰምተዎል ወይም አይተዋል?			
3. በቅርቡ የማስፈራራራት፣ የአካላዊ ጉዳት ወይም በማስገደድ የተፈጸመ ይታወቅዎት ስለሰ ሆነዋል?			
4. በቅርቡ የጻጻፍ ወይም የቤተሰብ አባል ሞት፣ የሥራ ማጣት ወይም የግንኙነት ችግርን የመሳሰሉ የውጥረት ሁኔታዎችን ወይም የህይወት ለውጦችን አስተናግደዋል?			
5. በህይወትዎ በጣም የሚያስፈራራ፣ መጥፎ ወይም የሚያናድድ ሁኔታ በመግጠሙ የተነሳ ባለፈው ወር፡- <ul style="list-style-type: none"> • ስለ ገጠመኙ ቅዠት አቃኸትዎታል ወይም ሳይፈልጉ ስለጉዳዩ እንዲያስ ሆነዋል? • ስለጉዳዩ ላለማሰብ እጅግ በጣም ሞክረዋል ወይም ስለ ጉዳዩ የሚያስታውሱ ሁኔታዎችን ለመሻሻል ከመንገድዎ ወጥተዋል? • በቋሚነት ከሌሎች ሰዎች፣ ከተግባራት ወይም ከአካባቢዎ ራስዎን ጉቁ ሆነው ይጠብቃሉ? 			

* ይህ ትክክለኛነቱ የተረጋገጠ ደረጃውን የጠበቀ ባለ 9 ጥያቄዎች መጠይቅ ነው። ጥያቄ #1 እና #2 በስነ-ባህሪ ጤና መመዘኛ (በሌላኛው ወገን ይመልከቱ) ስር የቀረቡና ቀደም ብለው የተመለሱ የመጀመሪያዎቹ ሁለት ጥያቄዎች ስለሆኑ አልተካተቱም።
 አዘጋጅ የሚከተሉት ሐኪሞች ሲሆኑ Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke እና ሳይረባረብ ሲሆኑ ከPfizer Inc. በተገኘ የትምህርት ሲሆኑ የተዘጋጀ ነው።
 Copyright © 2005 Pfizer, Inc. የባለቤቱ ሙሽት በሕግ የተጠበቀ ነው። ከባለቤቱ በተገኘ ፈቃድ የተዘጋጀ ነው።

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 'speeded 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.