

بطاقة التعريف بالمريض

نطلب من جميع مرضانا مرة واحدة في العام استكمال هذا النموذج بشأن الظروف التي تؤثر على صحتهم. يُرجى مساعدتنا في توفير أفضل رعاية طبية بالإجابة على الأسئلة الواردة أدناه.

يُرجى وضع دائرة حول أفضل إجابة لكل سؤال.

الاسم: \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

(PHQ-2)

**على مدار الأسبوعين الماضيين، كم عدد المرات التي أزعجتك فيها المشكلات**

1. هل أبديت اهتمامًا قليلاً أو استمتاعًا قليلاً بفعل الأشياء؟

كل يوم تقريباً	أكثر من نصف الأيام	أيام معدودات	على الإطلاق
3	2	1	0

كل يوم تقريباً	أكثر من نصف الأيام	أيام معدودات	على الإطلاق	2. هل تشعر بالاكئاب، أو الإحباط، أو اليأس؟
3	2	1	0	

(AUDIT-C)

**في العام الماضي...**

3. كم مرة تناولت فيها مشروبًا يحتوي على الكحول في العام الماضي؟

4 مرات أو أكثر في الأسبوع	مرتان إلى 3 مرات في الأسبوع	مرتان إلى 4 مرات في الشهر	شهريًا أو أقل	أبداً
4	3	2	1	0

4. كم عدد المشروبات المحتوية على الكحول التي اعتدت تناولها في يوم عادي عندما كنت تتناول المشروبات الكحولية في العام الماضي؟

10 مشروبات أو أكثر	7 أو 9 مشروبات	5 أو 6 مشروبات	3 أو 4 مشروبات	مشروب أو اثنان	لا يوجد
4	3	2	1	0	0

 5. كم عدد المرات التي تناولت فيها 6 مشروبات أو أكثر في مناسبة واحدة في العام الماضي؟

يوميًا أو على نحو شبه يومي	أسبوعيًا	شهريًا	أقل من شهريًا	أبداً
4	3	2	1	0

6. كم عدد مرات تعاطيك الماريجوانا في العام الماضي؟ (Marijuana)

يوميًا أو على نحو شبه يومي	أسبوعيًا	شهريًا	أقل من شهريًا	أبداً
4	3	2	1	0

7. كم عدد المرات السنة الماضية التي استخدمت فيها المخدرات غير المشروعة (غير الماريجوانا) أو استخدمت دواءً يُصرف بوصفة طبية لأسباب غير طبية؟ (Drugs)

يوميًا أو على نحو شبه يومي	أسبوعيًا	شهريًا	أقل من شهريًا	أبداً
4	3	2	1	0

# 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?	<b>Not at all</b> 0	<b>Several days</b> 1	<b>More than half the days</b> 2	<b>Nearly every day</b> 3
---	------------------------	--------------------------	-------------------------------------	------------------------------

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

**In the past year...**

3. How often did you have a drink containing alcohol in the past year?	<b>Never</b> 0	<b>Monthly or less</b> 1	<b>2 to 4 times a month</b> 2	<b>2 to 3 times a week</b> 3	<b>4 or more times a week</b> 4
--	-------------------	-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

4. How many drinks containing alcohol did you have on a typical day when you were drinking in the past year?	<b>None</b> 0	<b>1 or 2 drinks</b> 0	<b>3 or 4 drinks</b> 1	<b>5 or 6 drinks</b> 2	<b>7 to 9 drinks</b> 3	<b>10 or more drinks</b> 4
--	------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------------

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

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

## استبيان بشأن صحة المريض PHQ-9 موجه للبالغين\*

كل يوم تقريباً	أكثر من نصف الأيام	أيام معدودات	على الإطلاق
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0
3	2	1	0

على مدار الأسبوعين الماضيين، كم عدد المرات التي أرعجتك فيها المشكلات التالية؟  
(ترجى وضع دائرة لتحديد إجاباتك)

3. مواجهة صعوبات في الخلود إلى النوم أو البقاء نائماً، أو النوم أكثر من اللازم
4. الشعور بالتعب أو المعاناة من نقص الطاقة
5. ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام
6. الشعور بالسوء تجاه نفسك - أو الشعور بأنك فاشل أو أنك خذلت نفسك أو خذلت عائلتك
7. هل تواجه صعوبة في التركيز على الأشياء، مثل قراءة الجريدة أو مشاهدة التلفاز
8. التحرك أو التحدث ببطء شديد لدرجة أن يتمكن الآخرين من ملاحظة ذلك. أو العكس - أن تشعر بالتوتر أو الاضطراب الشديد لدرجة أن تتحرك في الأرجاء أكثر من المعتاد
9. راوتك أفكار أنك ستكون أفضل حالاً إذا مت، أو أفكار حول إيذاء نفسك بطريقة أو بأخرى

غير منطوق	لا	نعم	نعم
غير منطوق	لا	نعم	نعم
غير منطوق	لا	نعم	نعم
غير منطوق	لا	نعم	نعم
غير منطوق	لا	نعم	نعم
غير منطوق	لا	نعم	نعم

ستساعدنا الأسئلة التالية في فهم ما كنت تشعر به. ستساعدك إجاباتك وطبيبتك في متابعة تقدمك.

1. في أي مرحلة من مراحل حياتك، مررت بفترة كنت تشعر فيها عكس ما تتشعر به أثناء الاكتئاب - "متشئ" أو "متسرع"، مع الكثير من الطاقة؟ لم تكن في حاجة إلى النوم؟ شعرت أنه يمكنك فعل أي شيء؟  
ضع دائرة حول نعم إذا كانت لديك هذه الأعراض واستمرت على الأقل بضعة أيام وسببت لك المشاكل في حياتك.
2. خلال الأسبوعين الماضيين، هل سمعت أو شاهدت أشياء لا يمكن لأشخاص آخرين رؤيتها أو سماعها وقد لا تكون موجودة فعلاً؟
3. هل تعرضت مؤخراً للتهديدات أو الأذى الجسدي أو الاتصال الجنسي القسري؟
4. هل اخترت مؤخراً بعض الأحداث المجهدة أو تعجزاً في الحياة، مثل وفاة صديق أو أحد أفراد العائلة أو فقدان الوظيفة أو مشاكل في العلاقة؟
5. هل مررت في حياتك بتجربة كانت مخيفة جداً أو فظيعة أو مزعجة لدرجة أنه خلال الشهر الماضي:
  - كانت تراودك كوابيس حول هذه التجربة أو فكرت فيها عندما لم تكن ترغب في ذلك؟
  - حاولت جاهداً عدم التفكير فيها أو غيرت طريقك لتجنب المواقف التي ذكرتك بها؟
  - هل كنت على حذر دائماً من الآخرين أو الأنشطة أو البيئة المحيطة؟

\* هذا استبيان موحد من 9 بنود تم التصديق عليها. تم حذف السؤالين رقم 1 و 2 لأنهما أول سؤالان يظهران على شاشة الصحة السلوكية (نظر الجانب الآخر)، واللذان تمت الإجابة عليهما بالفعل. وضعتها الأطباء Robert L. Spitzer و Janet B.W. Williams ومجموعة من الزملاء، مع منحة دراسية مقدمة من شركة Pfizer Inc. Copyright © 2005 Pfizer, Inc. جميع الحقوق محفوظة. تمت إعادة الإصدار بالحصول على موافقة.

# 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

<b>The following questions will help us understand how you've been feeling. Your answers will help you and your doctor follow your progress.</b>				
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"> <li>• Have had nightmares about it or thought about it when you did not want to?</li> <li>• Tried hard not to think about it or went out of your way to avoid situations that reminded you of it?</li> <li>• Were constantly on guard from others, activities, or your surroundings?</li> </ul>	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.