

Annual Behavioral Health Questionnaire - Hindi
संवास्थय वथयवहार संबधी वषरथक
परथशथनावली



रोगी का लेबल

नाम: _____

MRN: _____

दिनांक: _____

साल में एक बार, हम अपने सभी रोगियों से उन स्थितियों के बारे में यह फॉर्म भरने को कहते हैं, जो उनके स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं. कृपया नीचे दिए गए प्रश्नों का उत्तर देकर आपको सर्वोत्तम चिकित्सा देखभाल प्रदान करने में हमारी सहायता करें.

कृपया प्रत्येक प्रश्न के लिए सर्वश्रेष्ठ उत्तर पर गोला लगाएँ.

(PHQ-2)

पिछले 2 सप्ताह में, आपका निम्न में से किसी भी समस्या से कितनी बार सामना हुआ:

	बिल्कुल भी नहीं	कई दिनों तक	आधे से अधिक दिनों तक	लगभग प्रतिदिन
1. काम करने में कम रुचि या आनंद होना?	0	1	2	3
2. दुःखी, उदास या निराशाजनक महसूस करना?	0	1	2	3

(AUDIT-C)

पिछले साल ...

3. पिछले एक साल में आपने कितनी बार शराब का सेवन किया?	कभी नहीं	प्रतिमाह या उससे कम	माह में 2 से 4 बार	सप्ताह में 2 से 3 बार	सप्ताह में 4 या उससे अधिक बार	
	0	1	2	3	4	
4. पिछले साल किसी विशेष दिन ड्रिंक करते समय आपने अल्कोहल युक्त कितनी ड्रिंक पी?	कोई नहीं	1 या 2 ड्रिंक	3 या 4 ड्रिंक	5 या 6 ड्रिंक	7 से 9 ड्रिंक	10 या अधिक ड्रिंक
	0	0	1	2	3	4
5. पिछले साल किसी विशेष अवसर पर आपने कितनी बार <u>6 या अधिक</u> ड्रिंक का सेवन किया था?	कभी नहीं	माह में एक बार से कम	प्रतिमाह	प्रतिसप्ताह	रोज़ाना या लगभग रोज़ाना	
	0	1	2	3	4	
6. परथछले साल आपने कितनी बार मारिज आना का उपयोग किया? (Marijuana)	कभी नहीं	माह में एक बार से कम	प्रतिमाह	प्रतिसप्ताह	रोज़ाना या लगभग रोज़ाना	
	0	1	2	3	4	
7. परथछले साल आपने कितनी बार किसी अवैध ड्रग (मारिज आना नहीं) का इसथतेमाल किया या गैर-चिकित्सा कारणों के लिए निर्धारित दवा का इसथतेमाल किया? (Drugs)	कभी नहीं	माह में एक बार से कम	प्रतिमाह	प्रतिसप्ताह	रोज़ाना या लगभग रोज़ाना	
	0	1	2	3	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
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

वयस्कों के लिए PHQ-9* रोगी स्वास्थ्य प्रश्नावली

पिछले 2 सप्ताह में, आपको निम्न में से किसी भी समस्या का कितनी बार सामना करना पड़ा? (कृपया अपना जवाब इंगित करने के लिए गोला बनाएँ)	बिल्कुल भी नहीं	कई दिनों तक	आधे से अधिक दिनों तक	लगभग प्रतिदिन
3. नींद आना या सोते रहना या अत्यधिक सोना	0	1	2	3
4. थकान या ऊर्जा की कमी महसूस करना	0	1	2	3
5. भूख ना लगना या अधिक खाना	0	1	2	3
6. अपने बारे में बुरा महसूस करना - या यह विचार करना कि आप एक असफल व्यक्ति हैं या आपने खुद को या अपने परिवार को निराश किया है	0	1	2	3
7. चीजों पर ध्यान केंद्रित करने में परेशानी, जैसे अखबार पढ़ना या टेलीविजन देखना	0	1	2	3
8. इतनी धीमी गति से चलना या बोलना कि अन्य लोगों का ध्यान आकर्षित हो. या इसके विपरीत - इतने व्याकुल या बेचैन होना के आप सामान्य से अधिक टहल रहे हों	0	1	2	3
9. ऐसे विचार आना कि मर जाना बेहतर है या किसी तरह से खुद को चोट पहुँचाना	0	1	2	3

नीचे दिए गए प्रश्नों से हमें यह जानने में मदद मिलेगी कि आपको कैसा लग रहा है. आपके उत्तरों से आपको और आपके चिकित्सक को आपकी प्रगति के बारे में जानने में मदद मिलेगी.

1. अपने जीवन में किसी समय, क्या कभी आपको ऐसा महसूस हुआ है जो अवसाद होने जैसा नहीं है - भरपूर ऊर्जा के साथ 'उत्साहित' या 'काम में तेजी आना'? सोने की आवश्यकता नहीं थी? लगा था कि आप कुछ भी कर सकते थे? अगर आपमें इनमें से कोई लक्षण रहे हैं और कुछ दिनों तक रहे हैं और इनसे आपके जीवन में परेशानी हुई है, तो हों पर गोला लगाएं.	हों	नहीं	N/A
2. क्या पिछले दो सप्ताहों में आपने कोई ऐसी चीजें सुनी या देखी हैं, जो केवल आपने ही सुनी या देखी और जो वास्तव में वहां है ही नहीं?	हों	नहीं	लागू नहीं
3. क्या हाल ही में आप किसी धमकी, शारीरिक चोट या जबरदस्ती लैंगिक संपर्क बनाने से पीड़ित हुए हैं?	हों	नहीं	लागू नहीं
4. क्या हाल ही में आप किसी तनावपूर्ण घटना या जीवन में किसी बदलाव से गुजरे हैं, जैसे किसी मित्र या परिवार के सदस्य की मृत्यु, नौकरी जाना या संबंधों में कोई परेशानी?	हों	नहीं	लागू नहीं
5. क्या अपने जीवन में आपको कोई भयावह, खतरनाक अनुभव हुआ, जिसे लेकर आप पिछले कुछ महीने से अवसाद में हैं: <ul style="list-style-type: none"> • इसके बारे में बुरे सपने आ रहे हैं या ना चाहते हुए भी उस बारे में विचार आ रहे हैं? • इसके बारे में नहीं सोचने की बहुत अधिक कोशिशें की या उन स्थितियों से बचने का प्रयास किया जो उसके बारे में याद दिलाती हो? • पूरे समय अन्य लोगों, गतिविधियों या अपने आस-पास से घिरे रहते थे? 	हों	नहीं	लागू नहीं

* यह एक मानकीकृत 9-वस्तु प्रश्नावली है जिसे मान्य किया गया है. प्रश्न # 1 और # 2 को हटा दिया गया है क्योंकि वे व्यवहारिक स्वास्थ्य स्क्रीन (दूसरी तरफ देखें) पर पहले दो प्रश्न हैं, जिनका पहले ही उतर दिया गया है.

Pfizer Inc. से एक शैक्षिक अनुदान के साथ, डॉक्टर रॉबर्ट एल. स्पिट्ज़र, जेनेट बी.डब्ल्यू. विलियम्स, कर्ट क्रोएन्के और सहकर्मियों द्वारा विकसित कॉर्पोराइट © 2005 Pfizer, Inc. सर्वाधिकार सुरक्षित. अनुमति के साथ पुनरुत्पादित.

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.