

Patient Label

नाम: _____

MRN: _____

दिनांक: _____



KAISER PERMANENTE®

Behavioral Health Monitoring Tool--Hindi

व्यवहारिक स्वास्थ्य निगरानी उपकरण

पिछले 2 सप्ताह में, आपको निम्न में से किसी भी समस्या का कितनी बार सामना करना पड़ा? निम्न में से कोई समस्या है? (PHQ-9)	कभी भी नहीं	कई दिनों तक	आधे से अधिक दिनों तक	लगभग प्रतिदिन
1. काम करने में कम रुचि या आनंद	0	1	2	3
2. दुःखी, उदास या निराशाजनक महसूस करना	0	1	2	3
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 आप के बारे में बुरा महसूस करना - या यह सोचना की आप एक असफल व्यक्ति हैं या खुद को या परिवार को निराश किया है	0	1	2	3
7. चीजों पर ध्यान केंद्रित करने में परेशानी होना, जैसे अखबार पढ़ना या टेलिविज़न 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 बैचन होना के आप सामान्य से अधिक चहल-कदमी कर रहे हों	0	1	2	3
9. ऐसे विचार करना कि आप मृत बेहतर होते या किसी तरह से खुद को चोट पहुँचाना	0	1	2	3
10. परेशान, चिंतित या घबराहट महसूस करना	0	1	2	3
11. चिंता करने से खुद को रोक या काबू नहीं कर पाना	0	1	2	3
12. क्या आपकी समस्याओं ने आपके काम, परिवार या सामाजिक गतिविधियों को प्रभावित किया?	0	1	2	3

कृपया बीते वर्ष के बारे में इन प्रश्नों का उत्तर दें. (यदि आपने पिछले वर्ष में अपना मद्यपान या पदार्थ का उपयोग बदल दिया है, तो कृपया अपने सबसे हालिया उपयोग पर रिपोर्ट करें.)

(AUDIT-C)

13. आप कितनी बार अल्कोहल युक्त ड्रिंक का सेवन करते हैं?	कोई नहीं 0	प्रतिमाह या उससे कम 1	माह में 2 से 4 बार 2	सप्ताह में 2 से 3 बार 3	सप्ताह में 4 या उससे अधिक बार 4	
14. किसी विशेष दिन ड्रिंक करते समय आपने अल्कोहल युक्त कितनी ड्रिंक पी?	कोई नहीं 0	1 या 2 ड्रिंक 0	3 या 4 ड्रिंक 1	5 या 6 ड्रिंक 2	7 या 9 ड्रिंक 3	10 या उससे अधिक 4
15. किसी विशेष अवसर पर आप कितनी बार 6 या उससे अधिक ड्रिंक का सेवन करते हैं?	कोई नहीं 0	माह में एक बार से कम 1	प्रतिमाह 2	प्रतिसप्ताह 3	रोज़ाना या लगभग रोज़ाना 4	
16. आपने मारिजुआना का कितनी बार उपयोग किया है? (Marijuana)	कोई नहीं 0	माह में एक बार से कम 1	प्रतिमाह 2	प्रतिसप्ताह 3	रोज़ाना या लगभग रोज़ाना 4	
17. आपने कितनी बार किसी अवैध ड्रग का इस्तेमाल किया या गैर-चिकित्सा कारणों के लिए निर्धारित दवा का इस्तेमाल किया? (Drugs)	कोई नहीं 0	माह में एक बार से कम 1	प्रतिमाह 2	प्रतिसप्ताह 3	रोज़ाना या लगभग रोज़ाना 4	
18. क्या आपके पास बन्दुक है?		हाँ (Yes)		नहीं (No)		

Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____



Behavioral Health Monitoring Tool

Over the past 2 weeks , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3
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 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
10. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
11. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
12. Have your problems interfered with your work, family or social activities?	0	1	2	3

Please answer these questions about the past year. (If you have changed your drinking or substance use in the past year, please report on your most recent use.)

13. How often do you have a drink containing alcohol?	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	
14. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	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
15. How often do you have <u>6 or more</u> drinks on one occasion?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
16. How often have you used marijuana?	Never 0	Less than monthly 1	Monthly 2	Weekly 3	Daily or almost daily 4	
17. How often 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	
18. Do you have access to guns?			Yes	No		