

Patient label
 Name: _____
 MRN: _____
 Date: _____

ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យសុខភាពអាកប្បកិរិយា

ក្នុងរយៈពេល ២ អាទិត្យចុងក្រោយ តើអ្នកធុញប៉ុណ្ណាចំពោះបញ្ហាខាងក្រោមណាមួយ?

(PHQ-9)	មិនមាន សោះ	មិនច្រើនដង ពេញមួយថ្ងៃ	ជាងកន្លះ ថ្ងៃ	ស្មើរាល់ ថ្ងៃ
1. មិនសូវចាប់អារម្មណ៍ឬសប្បាយនឹងធ្វើអ្វីៗ	0	1	2	3
2. ធ្លាក់ទឹកចិត្ត ធុញចប់ ឬអស់សង្ឃឹម	0	1	2	3
3. ពិបាកគេ គេងមិនលក់ស្រួល ឬគេងច្រើនពេក	0	1	2	3
4. អស់កម្លាំង ឬមានថាមពលតិចតួច	0	1	2	3
5. មិនចង់ញ៉ាំ ឬញ៉ាំច្រើនជ្រុល	0	1	2	3
6. មានអារម្មណ៍មិនល្អអំពីខ្លួនឯង – ឬថាអ្នកបរាជ័យ ឬបានបណ្តោយ ឲ្យខ្លួនឯង ឬគ្រួសារខកចិត្ត				
7. ពិបាកប្រមូលអារម្មណ៍ ដូចជាការអានកាសែត ឬមើលទូរទស្សន៍	0	1	2	3
8. ធ្លាក់ទីបួនិយាយយឺតៗដែលមនុស្សដទៃអាចកត់សម្គាល់។ ឬផ្ទុយពីនេះ – ប្រសាបរសល់ ឬនៅមិនស្ងៀមដែលអ្នកធ្លាក់ទីចុះឡើងច្រើនជាងធម្មតា។	0	1	2	3
9. គិតថាស្លាប់ទៅល្អជាងឬធ្វើបាបខ្លួនឯងតាមរបៀបណាមួយ	0	1	2	3
10. នឹកព្រួយអារម្មណ៍ ឬព្រួយចិត្ត	0	1	2	3
11. មិនអាចឈប់ឬគ្រប់គ្រងការភ័យព្រួយ	0	1	2	3
12. អ្នកមានបញ្ហារំខានដល់ការងារ គ្រួសារ និងសកម្មភាពសង្គម?	0	1	2	3

**ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះអំពី ឆ្នាំចុងក្រោយៗ (ប្រសិនបើអ្នកបានធ្លាក់ស្រវឹងប្រកាសទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬការប្រើសារធាតុក្នុងប៉ុន្មានឆ្នាំចុងក្រោយ សូមរាយការណ៍អំពី
ការប្រើប្រាស់ថ្មីៗបំផុតរបស់អ្នក។)**

(AUDIT-C)	មិនដែល(No) 0	ប្រចាំខែ ឬតិចជាង នេះ 1	2 ទៅ 4 ដងក្នុង មួយខែ 2	2 ទៅ 3 ដងក្នុង អាទិត្យ 3	4 ឬច្រើនជាងនេះ ក្នុងមួយ អាទិត្យ 4	
13.តើអ្នកទទួលបានភេសជ្ជៈ មានជាតិស្រវឹងញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?	0					
14.ក្នុងមួយខែ អ្នកពិសារគ្រឿង ស្រវឹងប៉ុន្មានកំប៉ុងនៅពេលអ្នក ពិសារ?	គ្មាន(No) 0	1 ឬ 2 កំប៉ុង 0	3 ឬ 4 កំប៉ុង 1	5 ឬ 6 កំប៉ុង 2	6 ទៅ 7 កំប៉ុង 3	10 កំប៉ុង ឬ ច្រើនជាង
15.តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលអ្នក ពិសារ 6 ឬច្រើនជាងនេះនៅក្នុង ឱកាសមួយ?	មិនដែល(No) 0	ប្រចាំខែ 1	ប្រចាំខែ 2	ប្រចាំសប្តាហ៍ 3	ប្រចាំថ្ងៃ ឬស្ទើរ រាល់ថ្ងៃ 4	
(Marijuana) 16.តើអ្នកប្រើកញ្ចប់ញឹកញាប់ ប៉ុណ្ណា?	មិនដែល(No) 0	តិចជាង ប្រចាំខែ 1	ប្រចាំខែ 2	ប្រចាំសប្តាហ៍ 3	រាល់ថ្ងៃ ឬស្ទើរ រាល់ថ្ងៃ 4	
(Drugs) 17.តើអ្នកបានប្រើគ្រឿងញៀន ខុសច្បាប់ ឬប្រើថ្នាំដែលមានវេជ្ជ បញ្ជាសម្រាប់ ថ្នាំដែលមិនមានហេតុផល សម្រាប់ការព្យាបាល?	មិនដែល(No) 0	តិចជាងប្រចាំខែ 1	ប្រចាំខែ 2	ប្រចាំសប្តាហ៍ 3	ប្រចាំថ្ងៃ ឬស្ទើរ រាល់ថ្ងៃ 4	
18.តើអ្នកមានលទ្ធភាពប្រើ កាំភ្លើង?		មាន (Yes)	អត់ (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 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		