

Patient Label

ਨਾਮ: _____

MRN: _____

ਮਿਤੀ: _____



Behavioral Health Monitoring Tool--Pungabi

ਵਿਹਾਰਿਕ ਸਿਹਤ ਨਿਗਰਾਨੀ ਟੂਲ

ਪਿਛਲੇ 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਸੀਂ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਕਰਕੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਪਰੇਸ਼ਾਨ ਹੋਏ ਹੋ? (PHQ-9)	ਬਿਲਕੁਲ ਵੀ ਨਹੀਂ	ਕਈ ਦਿਨ	ਅੱਧੇ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ	ਲਗਭਗ ਹਰ ਰੋਜ਼
1. ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਦਿਲਚਸਪੀ ਜਾਂ ਖੁਸ਼ੀ	0	1	2	3
2. ਥੱਕੇ ਹੋਏ, ਨਿਰਾਸ਼ ਜਾਂ ਬੇ-ਉਮੀਦ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ	0	1	2	3
3. ਨੀਂਦ ਨਾ ਆਉਣਾ ਜਾਂ ਸੁੱਤੇ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਜਾਂ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੌਣਾ	0	1	2	3
4. ਥੱਕ ਜਾਣਾ ਜਾਂ ਘੱਟ ਊਰਜਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ	0	1	2	3
5. ਭੁੱਖ ਘੱਟ ਲੱਗਣਾ ਜਾਂ ਵੱਧ ਖਾਣਾ	0	1	2	3
6. ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਬੁਰਾ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ - ਜਾਂ ਇਹ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਸਫਲ ਹੋ ਗਏ ਹੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਨਿਰਾਸ਼ ਕੀਤਾ ਹੈ	0	1	2	3
7. ਚੀਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ, ਜਿਵੇਂ ਅਖਬਾਰ ਪੜ੍ਹਨਾ ਜਾਂ ਟੈਲੀਵਿਜ਼ਨ ਦੇਖਣਾ	0	1	2	3
8. ਏਨੀ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਕਿਰਿਆ ਕਰਨਾ ਜਾਂ ਬੋਲਣਾ ਕਿ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗ ਸਕੇ। ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਉਲਟ - ਐਨੇ ਤੰਗ ਜਾਂ ਬੇ-ਆਰਾਮ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਤੇ ਤੁਸੀਂ ਆਲੇ-ਦੁਆਲੇ ਆਮ ਨਾਲੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਘੁੰਮ ਰਹੇ ਹੋ।	0	1	2	3
9. ਅਜਿਹੇ ਵਿਚਾਰ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮਰੇ ਹੋਏ ਹੀ ਬਿਹਤਰ ਹੋ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਦੁੱਖ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਸਬੰਧੀ ਵਿਚਾਰ	0	1	2	3
10. ਘਬਰਾਅ, ਚਿੰਤਤਾ ਜਾਂ ਰਾਸ਼ੀਏ 'ਤੇ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਨਾ	0	1	2	3
11. ਚਿੰਤਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰੋਕਥਾਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਮਰੱਥ ਨਹੀਂ	0	1	2	3
12. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਕੰਮ, ਪਰਿਵਾਰ ਜਾਂ ਸਮਾਜਿਕ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ?	0	1	2	3

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਬਾਰੇ ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦਾ ਉੱਤਰ ਦਿਓ। (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਆਪਣੀ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਣ ਜਾਂ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਬਦਲ ਦਿੱਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਹਾਲ ਹੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰੋ।) (AUDIT-C)

13. ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਅਲਕੋਹਲ ਯੁਕਤ ਡ੍ਰਿੰਕ ਲਈ ਹੈ?	ਕਦੇ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਮਾਸਿਕ ਜਾਂ ਘੱਟ 1	ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 2 ਤੋਂ 4 ਵਾਰ 2	ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 3 ਤੋਂ 4 ਵਾਰ 3	ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 4 ਜਾਂ ਵੱਧ ਵਾਰ 4	
14. ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀ ਰਹੇ ਸੀ, ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਦਿਨ ਕਿੰਨੇ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਵਿੱਚ ਅਲਕੋਹਲ ਸੀ?	ਕੋਈ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	1 ਜਾਂ 2 ਡ੍ਰਿੰਕ 1	3 ਜਾਂ 4 ਡ੍ਰਿੰਕ 2	5 ਜਾਂ 6 ਡ੍ਰਿੰਕ 3	7 ਜਾਂ 9 ਡ੍ਰਿੰਕ 4	10 ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਡ੍ਰਿੰਕ 4
15. ਕਿਸੇ ਮੌਕੇ 'ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ 6 ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਡ੍ਰਿੰਕ ਲਏ ਹਨ?	ਕੋਈ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਮਾਸਿਕ ਤੋਂ ਘੱਟ 1	ਮਾਸਿਕ 2	ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ 3	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜਾਂ ਲਗਭਗ ਰੋਜ਼ਾਨਾ 4	
16. ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਭੰਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ? (Marijuana)	ਕੋਈ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਮਾਸਿਕ ਤੋਂ ਘੱਟ 1	ਮਾਸਿਕ 2	ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ 3	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜਾਂ ਲਗਭਗ ਰੋਜ਼ਾਨਾ 4	
17. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਗ਼ੈਰ-ਕਨੂੰਨੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਰਨਾਂ ਲਈ ਪਰਚੀ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਸੀ? (Drugs)	ਕੋਈ ਵੀ ਨਹੀਂ 0	ਮਾਸਿਕ ਤੋਂ ਘੱਟ 1	ਮਾਸਿਕ 2	ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ 3	ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਜਾਂ ਲਗਭਗ ਰੋਜ਼ਾਨਾ 4	
18. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਬੰਦੂਕਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੈ?		ਹਾਂ (Yes)		ਨਹੀਂ (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		