

أداة مراقبة الصحة السلوكية

Patient Label

الاسم: _____

رقم السجل الطبي: _____

التاريخ: _____

كل يوم تقريبًا	أكثر من نصف الأيام	أيام معدودات	على الإطلاق	(PHQ-9) على مدار الأسبوعين الماضيين، كم عدد المرات التي أزعجتك أي من المشكلات التالية		
3	2	1	0	1. أبدت اهتمامًا قليلاً أو استمتعاً قليلاً بفعل الأشياء		
3	2	1	0	2. الشعور بالاكتئاب، أو الإحباط، أو اليأس		
3	2	1	0	3. مواجهة صعوبات في الخلود إلى النوم أو البقاء نائمًا، أو النوم أكثر من اللازم		
3	2	1	0	4. الشعور بالتعب أو المعاناة من نقص الطاقة		
3	2	1	0	5. ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام		
3	2	1	0	6. الشعور بالسوء تجاه نفسك – أو الشعور بأنك فاشل أو تعاني أو خذلت نفسك أو خذلت عائلتك		
3	2	1	0	7. صعوبات في التركيز على الأشياء، مثل قراءة الجريدة أو مشاهدة التلفاز		
3	2	1	0	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		
3	2	1	0	9. راودتك أفكار أنك ستكون أفضل حالاً إذا مت، أو أفكار حول إيذاء نفسك بطريقة أو بأخرى		
3	2	1	0	10. شعرت بالتوتر، أو الفلق، أو العصبية		
3	2	1	0	11. عدم القدرة على التوقف عن الشعور بالفلق أو السيطرة عليه		
3	2	1	0	12. هل تعارضت مشكلاتك مع عملك أو عائلتك أو أنشطتك الاجتماعية		
يُرجى الإجابة على هذه الأسئلة عن العام الماضي . (إذا كنت قد غيرت عادات تناول المشروبات الكحولية أو تعاطي المخدرات في العام الماضي، يُرجى الإبلاغ عن أحدث استخدام لها.)						
(AUDIT-C)						
4 مرات أو أكثر في الأسبوع 4	مرتان إلى 3 مرات في الأسبوع 3	مرتان إلى 4 مرات في الشهر 2	شهرياً أو أقل 1	أبداً 0	13. كم عدد المرات التي تتناول فيها مشروباً يحتوي على الكحول؟	
10 أو أكثر مشروبات 4	7 إلى 9 مشروبات 3	5 أو 6 مشروبات 2	3 أو 4 مشروبات 1	1 أو 2 مشروبات 0	لا يوجد 0	14. كم عدد المشروبات المحتوية على الكحول التي تتناولها في يوم عادي عندما تتناول المشروبات الكحولية؟
يوميًا أو على نحو شبه يومي 4	أسبوعيًا 3	شهريًا 2	أقل من شهريًا 1	أبداً 0	15. كم عدد المرات التي تتناول فيها 6 أو أكثر من 6 مشروبات كحولية في مناسبة واحدة؟	
يوميًا أو على نحو شبه يومي 4	أسبوعيًا 3	شهريًا 2	أقل من شهريًا 1	أبداً 0	16. كم عدد المرات التي تعاطيت فيها الماريجوانا؟ (Marijuana)	
يوميًا أو على نحو شبه يومي 4	أسبوعيًا 3	شهريًا 2	أقل من شهريًا 1	أبداً 0	17. كم عدد مرات التي تناولت فيها دواءً غير قانوني أو تناولت دواءً يُصرف بوصفة طبية لأسباب غير طبية؟ (Drugs)	
18. هل يمكنك الحصول على الأسلحة؟						
لا (No)		نعم (Yes)				

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		