

Щорічна анкета з оцінювання поведінкового здоров'я

Ярлик з даними пацієнта:

Ім'я: _____

Номер медичної карти: _____

Дата: _____

Раз на рік ми просимо всіх наших пацієнтів заповнити цю форму, в якій містяться запитання щодо умов, які впливають на їхнє здоров'я. Будь ласка, допоможіть нам надавати вам найкращу медичну допомогу, відповівши на нижченаведені запитання.

Будь ласка, ОБВЕДІТЬ найбільш правильну відповідь на кожне запитання.

(PHQ-2)

Протягом останніх двох тижнів, як часто ви відчували турботу з таких проблем:

1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ?	Ніколи 0	Протягом кількох днів 1	Більше половини часу 2	Майже щодня 3
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії?	Ніколи 0	Кілька днів 1	Більше половини часу 2	Майже щодня 3

(AUDIT-C)

Протягом останніх років...

3. Минулого року як часто ви вживали напої, що містять алкоголь?	Ніколи 0	Раз на місяць або менше 1	2–4 рази на місяць 2	2–3 рази на тиждень 3	4 або більше разів на тиждень 4	
4. Минулого року скільки ви вживали алкогольних напоїв у звичайний день, коли ви пили?	Жодного 0	1 або 2 напої 0	3 або 4 напої 1	5 або 6 напоїв 2	7 або 9 напоїв 3	10 або більше 4
5. Як часто ви споживали <u>6 або більше</u> напоїв за один раз у минулому році?	Ніколи 0	Менше ніж раз на місяць 1	Щомісяця 2	Щотижня 3	Кожного або майже кожного дня 4	
6. Як часто в минулому році ви приймали марихуану? (Marijuana)	Ніколи 0	Менше ніж раз на місяць 1	Щомісяця 2	Щотижня 3	Кожного або майже кожного дня 4	
7. Як часто впродовж минулого року ви приймали нелегальні наркотичні речовини чи ліки (не марихуану), які відпускаються за рецептом, з немедичних причин?	Ніколи 0	Менше ніж раз на місяць 1	Щомісяця 2	Щотижня 3	Кожного або майже кожного дня 4	

(Drugs)

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
--	-------------------	-------------------------------	---------------------	--------------------	-----------------------------------

PHQ-9 для ДОРОСЛИХ*

Анкета здоров'я пацієнта

Протягом останніх двох тижнів як часто вас турбували будь-які з перерахованих проблем? (будь ласка, ОБВЕДІТЬ вашу відповідь)	Ніколи	Кілька днів	Більше половини часу	Майже щодня
3. Труднощі із засинанням або надмірна сонливість	0	1	2	3
4. Відчуття втоми або зниження енергії	0	1	2	3
5. Поганий апетит або переїдання	0	1	2	3
6. Негативне відчуття щодо себе – що ви невдаха або що ви підвели свою родину	0	1	2	3
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад під час читання газети або перегляду телевізора	0	1	2	3
8. Сповільненість рухів або мовлення, помітне для оточуючих. Або навпаки – надмірна метушливість та активність, яка є для вас нетиповою	0	1	2	3
9. Думки про те, що було б краще, якби ви померли, або про заподіяння собі шкоди	0	1	2	3

Наступні питання допоможуть нам зрозуміти, як ви себе почували. Ваші відповіді допоможуть вам і вашому лікарю відстежувати ваш прогрес.	Так	Ні	Не знаю
1. Чи був у вашому житті такий період, коли ви відчували протилежність депресії — дуже добрий настрій або поживлення, і були повні енергією? Вам не хотілося спати? Ви відчували, що зможете зробити все? Обведіть Так , якщо у вас були такі симптоми, вони тривали принаймні кілька днів і викликали у вас проблеми.	Так	Ні	Не знаю
2. Чи ви чули або бачили речі, яких насправді не було та які не бачили чи не чули інші люди, протягом останніх двох тижнів?	Так	Ні	Не знаю
3. Чи ставали ви нещодавно жертвою загроз, фізичних травм або примусового сексуального контакту?	Так	Ні	Не знаю
4. Чи пережили ви нещодавно певні стресові події або зміни у житті, наприклад смерть друга чи члена сім'ї, втрату роботи або проблеми у відносинах?	Так	Ні	Не знаю
5. Чи переживали ви якісь події, які були настільки страшні, жакливі або травмуючі, що минулого місяця: <ul style="list-style-type: none"> • у вас були кошмари про це або ви думали про це, навіть коли не хотіли? • ви намагалися не думати про це або приділяли всі зусилля, щоб уникнути ситуацій, які нагадували вам про це? • ви постійно боялися інших людей, занять чи оточення? 	Так	Ні	Не знаю

* Це стандартна затверджена анкета з 9 пунктів. Запитання під номером 1 та 2 були вилучені, тому що вони є першими двома запитаннями в анкеті з оцінювання поведінкового здоров'я (див. на звороті), на які вже було надіслано відповідь.

Розроблено докторами Робертом Л. Спітцер (Robert L. Spitzer), Джанет Б.В. Вільямс (Janet B.W. Williams), Курт Кроенке (Kurt Kroenke) та колеги, за навчальним грантом від Pfizer Inc. Copyright © 2005 Pfizer, Inc. Усі права захищені. Відтворено з дозволу.

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.