

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA-9 (PHQ-9)

| Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy? (Proszę zaznaczyć odpowiedź znakiem "✓") | Wcale nie dokuczały | Kilka dni | Więcej niż połowę dni | Niemal codziennie |
|---|---------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| 1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Uczucie zmęczenia lub brak energii | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Brak apetytu lub przejadanie się | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Poczucie niezadowolenia z siebie — lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie — niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy | 0 | 1 | 2 | 3 |

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani którekolwiek z problemów, jak bardzo utrudniły one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?

W ogóle nie utrudniły

Trochę utrudniły

Bardzo utrudniły

Niezmiernie utrudniły