

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE-9 (Italian version of the PHQ-9)				72883
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.				
Were data collected? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments) If Yes , data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ DD-Mon-YYYY				
Comments:				
Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.				
Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà del tempo	Quasi ogni giorno
1. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
2. Sentirsi giù, triste o disperato/a	0	1	2	3
3. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo	0	1	2	3
4. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	0	1	2	3
5. Scarso appetito o mangiare troppo	0	1	2	3
6. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un fallimento o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	0	1	2	3
7. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	0	1	2	3
8. Muoversi o parlare così lentamente da poter essere notato/a da altre persone. O, al contrario, essere così irrequieto/a da muoversi molto più del solito	0	1	2	3
9. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro	0	1	2	3
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: right;"> SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____ </div>				
Se ha fatto una crocetta su uno qualsiasi di questi problemi, quanto questi problemi le hanno reso difficile fare il suo lavoro, occuparsi delle sue cose a casa o avere buoni rapporti con gli altri?				
Per niente difficile <input type="checkbox"/>	Abbastanza difficile <input type="checkbox"/>	Molto difficile <input type="checkbox"/>	Estremamente difficile <input type="checkbox"/>	
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Tutti i diritti riservati. Riprodotto con autorizzazione.				EPI0905.PHQ9P
Confermo l'esattezza di queste informazioni.		Iniziali del/della paziente o del soggetto:	Data:	