

SPØRRESKJEMA OM HELSEN DIN - 9 (Norwegian 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: _____ <small>DD-Mon-YYYY</small>						
Comments:						
Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.						
I løpet av de siste 2 ukene, hvor ofte har du vært plaget av ett eller flere av de følgende problemene?	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn 7 dager	Nesten hver dag		
1. Lite interesse for eller glede over å gjøre ting	0	1	2	3		
2. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet	0	1	2	3		
3. Vansker med å sovne eller med å sove natten gjennom uten å våkne - eller å sove for mye	0	1	2	3		
4. Følt deg trett eller slapp	0	1	2	3		
5. Dårlig appetitt eller å spise for mye	0	1	2	3		
6. Vært misfornøyd med deg selv eller følt deg mislykket - eller følt at du har sviktet deg selv eller familien din	0	1	2	3		
7. Vansker med å konsentrere deg om ting, slik som å lese avisen eller se på TV	0	1	2	3		
8. Beveget deg eller snakket så langsomt at andre kan ha merket det? Eller motsatt - følt deg så urolig eller rastløs at du har vært mye mer i bevegelse enn vanlig	0	1	2	3		
9. Tanker om at du like gjerne kunne vært død eller på annen måte ville skade deg selv	0	1	2	3		
					SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY	
					$0 + \quad + \quad + \quad + \quad$ =Total Score: _____	
<p>Hvis du har opplevd <u>ett eller flere</u> av de problemene som nevnes, i hvor stor grad har problemene gjort det <u>vanskelig</u> for deg å utføre arbeidet ditt, ordne med ting hjemme eller å komme overens med andre?</p>						
Ikke vanskelig i det hele tatt <input type="checkbox"/>		Litt vanskelig <input type="checkbox"/>		Veldig vanskelig <input type="checkbox"/>		Ekstremt vanskelig <input type="checkbox"/>
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Alle rettigheter reservert. Gjengitt med tillatelse. EPI0905.PHQ9P						
Jeg bekrefter at disse opplysningene er nøyaktige.			Pasientens/personens forbokstaver:		Dato:	