

Nazwisko

Data

Jak często w trakcie ostatniego tygodnia niepokoiły Państwa którekolwiek z poniższych dolegliwości?

PHQ-9	Należy użyć „✓”, aby wskazać odpowiedź w kratce	Wcale	Kilka dni	Częściej niż połowa dni	Prawie codziennie
1	Niewielkie zainteresowanie lub chęć wykonywania czynności	0	1	2	3
2	Uczucie przygnębienia, zatroskania lub beznadziejności	0	1	2	3
3	Trudności z zasypianiem lub pozostawaniem we śnie lub zbyt długi sen	0	1	2	3
4	Uczucie zmęczenia lub brak energii	0	1	2	3
5	Słaby apetyt lub jedzenie w zbyt dużych ilościach	0	1	2	3
6	Myślenie źle o sobie — albo myślenie, że odniosło się porażkę i zawiodło siebie lub rodzinę	0	1	2	3
7	Problemy ze skupianiem uwagi na czynnościach, takich jak czytanie gazety lub oglądanie telewizji	0	1	2	3
8	Poruszanie się lub mówienie w tak wolnym tempie, iż inni mogą to zauważyć lub przeciwnie — ruchliwość lub zniecierpliwienie w takim stopniu, iż przemieszczanie się jest znacznie częstsze niż zwykle.	0	1	2	3
9	Myślenie, iż śmierć byłaby lepszym rozwiązaniem lub myśli o wyrządzeniu sobie krzywdy	0	1	2	3
GAD-7	Należy użyć „✓”, aby wskazać odpowiedź w kratce	Wcale	Kilka dni	Częściej niż połowa dni	Prawie codziennie
1	Uczucie podenerwowania, niepokoju lub roztrzęsienia	0	1	2	3
2	Niezdolność do przestania lub kontrolowania martwienia się.	0	1	2	3
3	Zbyt częste martwienie się o różne sprawy	0	1	2	3
4	Problemy z odpoczywaniem	0	1	2	3
5	Zniecierpliwienie do takiego stopnia, że trudno jest spokojnie siedzieć	0	1	2	3
6	Łatwe wpadanie w gniew lub poirytowanie	0	1	2	3
7	Obawy, iż może przydarzyć się coś okropnego	0	1	2	3

Jeśli odhaczyli Państwo jakąkolwiek z dolegliwości, to w jakim stopniu dolegliwość ta utrudniała Państwu wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub kontakty z innymi osobami?

Wcale nie  
utrudniała Utrudniała w  
pewnym  
stopniu Bardzo  
utrudniała Wyjątkowo  
utrudniała