

FORMULÄR OM PATIENTHÄLSA - 9 (Swedish 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.					
Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något/några av följande problem?	Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag	
1. Lite intresse eller glädje av att göra saker	0	1	2	3	
2. Känt dig nedstämd, deprimerad eller upplevt känsla av hopplöshet	0	1	2	3	
3. Svårigheter att somna eller få en sammanhängande sömn, eller sovit för mycket	0	1	2	3	
4. Känt dig trött eller haft för lite energi	0	1	2	3	
5. Dålig aptit eller ätit för mycket	0	1	2	3	
6. Tycker illa om dig själv – eller att du känt dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj	0	1	2	3	
7. Svårigheter att koncentrera dig på saker, till exempel att läsa tidningen eller att titta på TV	0	1	2	3	
8. Att du rört dig eller talat så långsamt att andra människor kan ha märkt det? Eller motsatsen – att du varit så nervös eller rastlös att du rört dig mer än vanligt	0	1	2	3	
9. Tankar att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt	0	1	2	3	
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY					
$\underline{\quad 0 \quad} + \underline{\quad \quad} + \underline{\quad \quad} + \underline{\quad \quad}$ =Total Score: _____					
<p>Om du svarat att du haft <u>något</u> av dessa problem, hur <u>svårt</u> har dessa problem gjort det för dig att utföra ditt arbete, ta hand om saker hemma, eller att komma överens med andra människor?</p>					
Inte alls svårt <input type="checkbox"/>	Lite svårt <input type="checkbox"/>	Mycket svårt <input type="checkbox"/>	Extremt svårt <input type="checkbox"/>		
<small>Copyright © 2005 Pfizer, Inc. Alla rättigheter reserverade. Reproducerad med tillåtelse. EPI0905.PHQ9P</small>					
Jag intygar att denna information är riktig.	Patientens/personens initialer:		Datum:		