

PATIËNTEN GEZONDHEIDSVRAGENLIJST (PHQ)

Deze vragenlijst draagt er in belangrijke mate aan bij u de best mogelijke gezondheidszorg te kunnen leveren. Uw antwoorden helpen ons eventuele problemen te begrijpen. Beantwoordt u elke vraag alstublieft zo goed mogelijk, tenzij u wordt verzocht een vraag over te slaan.

Naam _____ Leeftijd _____ Geslacht: Vrouw Man Datum _____

1. Hoeveel last hebt u in de afgelopen 4 weken gehad van één of meer van de volgende problemen?	Geen last	Een beetje last	Veel last
a. Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pijn in uw armen, benen of gewrichten (knieën, heupen, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstratiepijn of andere problemen tijdens de menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pijn of problemen bij seksuele gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Pijn in de borstkas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Uw hart voelen bonzen of snel kloppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kortademigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopping (obstipatie), dunne ontlasting of diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Misselijkheid, opgeblazen gevoel of problemen met de spijsvertering (indigestie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen?	Helemaal Niet	Verscheidene dagen	Meer dan de helft van de dagen	Bijna elke dag
a. Weinig interesse of plezier in activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Zich neerslachtig, depressief of hopeloos voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Zich moe voelen of gebrek aan energie hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Weinig eetlust of overmatig eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Een slecht gevoel hebben over uzelf - of het gevoel hebben dat u een mislukking bent of het gevoel dat u zichzelf of uw familie teleurgesteld hebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of om tv te kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt kunnen hebben? Of het tegenovergestelde, zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer bewoog dan gebruikelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.
 Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).
 Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

6. Vragen over eetgewoonten.

- | | | | |
|----|--|---------------------------------|--------------------------------|
| a. | Hebt u vaak het gevoel geen controle te hebben over wat of hoeveel u eet? | NEE
<input type="checkbox"/> | JA
<input type="checkbox"/> |
| b. | Gebeurt het vaak dat u in een periode van 2 uur een hoeveelheid voedsel eet die de meeste mensen als een ongewoon grote hoeveelheid zouden beschouwen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indien u "NEE" hebt geantwoord op vraag a of b, ga dan verder met vraag 9.

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| c. | Gebeurde dit de laatste 3 maanden gemiddeld 2 maal per week? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--|--------------------------|--------------------------|

7. Hebt u in de afgelopen 3 maanden vaak één of meer van de volgende dingen gedaan om te voorkomen dat u in gewicht aankomt?**NEE** **JA**

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | Zelf braken opwekken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Meer dan het dubbele van de aanbevolen dosis laxeremiddelen genomen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Helemaal niets gegeten gedurende minstens 24 uur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Gedurende meer dan een uur aan lichaamsbeweging gedaan, om te voorkomen dat u in gewicht aankomt na een vreetbui? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Indien u "JA" hebt geantwoord op één of meer van deze manieren om gewichtstoename te voorkomen, gebeurde dit dan gemiddeld 2 maal per week?**NEE** **JA** **9. Drinkt u wel eens alcohol (bier of wijn inbegrepen)?****NEE** **JA**

Indien u "NEE" hebt geantwoord, ga dan verder met vraag 11.

10. Zijn één of meer van de volgende dingen u in de afgelopen 6 maanden meer dan eens overkomen?**NEE** **JA**

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | U hebt alcohol gedronken ondanks dat een dokter u aangeraden had te stoppen met drinken vanwege gezondheidsproblemen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | U hebt alcohol gedronken, u was aangeschoten of u had een kater terwijl u aan het werken was, op school was, terwijl u op kinderen paste of andere verantwoordelijkheden had. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | U kwam niet of te laat op uw werk, school of andere activiteiten omdat u aan het drinken was of een kater had. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | U kon moeilijk overweg met andere mensen terwijl u aan het drinken was. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | U hebt auto gereden nadat u verschillende drankjes had genuttigd of te veel had gedronken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Als u enig probleem op deze vragenlijst hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?**Helemaal niet
moeilijk****Enigszins
moeilijk****Erg
moeilijk****Extreem
moeilijk**

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Ontwikkeld door Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke en collegae, met een onderwijsstoelage van Pfizer Inc. Geen toestemming nodig om te reproducieren, te vertalen, te vertonen of te verspreiden.