

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DEL/DELLA PAZIENTE (PHQ)

Questo questionario è uno strumento importante per offrirle la migliore assistenza sanitaria possibile. Le sue risposte serviranno a capire i problemi che lei può avere. La preghiamo di dare la risposta che meglio corrisponde al suo caso, a meno che non le venga chiesto di saltare una domanda.

Nome _____ Età _____ Sesso: Femmina Maschio Data _____

1. Nelle ultime 4 settimane, quanto le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?	Nessun fastidio	Un po' di fastidio	Molto fastidio
a. Mal di stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mal di schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolore alle braccia, alle gambe o alle articolazioni (ginocchia, anche, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolori mestruali o altri disturbi mestruali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolore o problemi durante i rapporti sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolore al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Giramenti di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Episodi di svenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sentire il cuore battere forte o accelerato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Fiato corto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Stitichezza, feci molli o inconsistenti o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Nausea, aria nella pancia o nello stomaco o indigestione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?	Mai	Alcuni giorni	Oltre la metà dei giorni	Quasi ogni giorno
a. Scarso interesse o piacere nel fare le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirsi giù, triste o disperato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi, o a dormire troppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentirsi stanco/a o avere poca energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Scarso appetito o mangiare troppo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Avere una scarsa opinione di sé, o sentirsi un/una fallito/a o aver deluso se stesso/a o i propri familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere il giornale o guardare la televisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensare che sarebbe meglio morire o farsi del male in un modo o nell'altro	<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).

3. Domande sull'ansia.

- | | | | |
|----|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. | Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un attacco d'ansia, provando all'improvviso un senso di paura o di panico? | NO
<input type="checkbox"/> | Sì
<input type="checkbox"/> |
|----|---|---------------------------------------|---------------------------------------|

Se ha risposto "NO", passi alla domanda n° 5.

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| b. | Le è mai capitato prima? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Alcuni di questi attacchi le capitano all'improvviso, cioè in situazioni in cui non si aspetta di essere nervoso/a o a disagio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Questi attacchi le danno molto fastidio o è preoccupato/a di avere un altro attacco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Pensi all'ultimo brutto attacco d'ansia.**NO** **Sì**

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| a. | Ha avuto il fiato corto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Ha sentito il cuore battere forte, accelerato o perdere colpi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Ha avuto male o senso di peso al torace? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Ha sudato? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Le è sembrato di soffocare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Ha avuto vampate di calore o brividi di freddo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Ha avuto nausea o lo stomaco sottosopra, o la sensazione che le stesse venendo la diarrea? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Si è sentito/a girare la testa, perdere l'equilibrio o sul punto di svenire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Ha avuto formicolii o intorpidimento in qualche parte del corpo?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Ha avuto tremori? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. | Ha avuto paura di morire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Nelle ultime 4 settimane, con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?**Mai** **Alcuni giorni** **Oltre la metà dei giorni**

- | | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. | Sentirsi nervoso/a, ansioso/a, teso/a, o molto preoccupato/a per vari motivi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Se ha risposto "Mai", passi alla domanda n° 6.

- | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. | Sentirsi talmente irrequieto/a da non riuscire a stare seduto/a fermo/a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Stancarsi molto facilmente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Tensione muscolare dolori o indolenzimento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Problemi ad addormentarsi o a dormire tutta la notte senza svegliarsi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Difficoltà a concentrarsi su qualcosa, per esempio leggere un libro o guardare la televisione. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Infastidirsi o irritarsi facilmente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

6. Domande sulle abitudini alimentari.		NO	Sì
a.	Ha spesso la sensazione di non riuscire a controllare cosa o quanto mangia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Le è capitato spesso, nell'arco di 2 ore, di mangiare ciò che la maggior parte delle persone considererebbe come una quantità di cibo insolitamente grande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha risposto "NO" alla domanda a oppure alla b, vada alla domanda n° 9.			
c.	Le è capitato, in media, due volte alla settimana negli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Negli ultimi 3 mesi ha fatto spesso qualcuna delle seguenti cose per evitare di aumentare di peso?		NO	Sì
a.	Provocarsi il vomito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Prendere più del doppio della dose di lassativi consigliata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Digiunare — non mangiare assolutamente nulla per almeno 24 ore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Fare esercizio fisico per più di un'ora, proprio per evitare di aumentare di peso dopo essersi abbuffato/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se ha risposto "Sì" a uno qualsiasi di questi modi per evitare di aumentare di peso, questo le è capitato in media due volte alla settimana?		NO	Sì
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Beve mai alcolici (compresi birra o vino)?		NO	Sì
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha risposto "NO", passi alla domanda n° 11.			
10. Le è capitata una delle seguenti cose più di una volta negli ultimi 6 mesi?		NO	Sì
a.	Ha bevuto alcolici nonostante il medico le avesse consigliato di smettere di bere a causa di un suo problema di salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Ha bevuto alcolici, era leggermente ubriaco/a, o era ancora sotto l'effetto dell'alcol mentre lavorava, andava a scuola, si prendeva cura di bambini o aveva altre responsabilità.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	È mancato/a o è arrivato/a tardi al lavoro, a scuola o altro perché aveva bevuto o era ancora sotto l'effetto dell'alcol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Ha avuto problemi nei rapporti con gli altri a causa dell'alcol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Ha guidato l'auto dopo aver bevuto parecchi bicchieri o dopo aver bevuto troppo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se ha fatto una crocetta su un qualsiasi problema di questo questionario, 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	Abbastanza difficile	Molto difficile	Estremamente difficile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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'.

Elaborato dai dottori Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colleghi, con un finanziamento da parte della Pfizer Inc. Non è richiesto un permesso per la riproduzione, traduzione, visualizzazione o distribuzione.