

FORMULÄR OM DIN HÄLSA (PHQ)

Detta frågeformulär utgör en viktig del för att kunna erbjuda dig bästa möjliga vård. Dina svar kommer att vara till hjälp för att förstå eventuella problem du har. Besvara varje fråga så bra du kan, såvida du inte ombeds hoppa över en fråga.

Namn _____ Ålder _____ Kön: Kvinna Man Dagens datum _____

1. Under de senaste 4 veckorna, hur mycket har du besvärats av något/några av följande problem?	Inte besvärats	Besvärats lite	Besvärats mycket
a. Magsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ryggsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Smärta i dina armar, ben eller leder (knä, höfter, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menssmärtor eller andra problem med din menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Smärta eller problem vid samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bröstsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Svimningsanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Känt att ditt hjärta bultar eller slår snabbare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Förstoppning, lös mage, eller diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Illamående, gaser, eller matsmältningsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 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
a. Lite intresse eller glädje av att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Känt dig nedstämd, deprimerad eller upplevt känsla av hopplöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Svårigheter att somna eller att ha en sammanhängande sömn, eller sovit för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Känt dig trött eller haft för lite energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dålig aptit eller ätit för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Tycker illa om dig själv – eller att du känt dig misslyckad eller att du svikit dig själv eller din familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Svårigheter att koncentrera dig på saker, till exempel att läsa tidningen eller att titta på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 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 mycket mer än vanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tankar att det skulle vara bättre om du var död eller att du skulle skada dig på något sätt	<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. Frågor om ångest.

- a. Under de senaste 4 veckorna, har du haft någon ångestattack – plötsligt känt rädsla eller panik? **NEJ** **JA**

Om du svarade "NEJ", gå till fråga 5.

- b. Har detta hänt någon gång förut?

- c. Kommer några av dessa attacker oväntat – dvs i situationer där du inte förväntar dig att vara nervös eller känna dig illa till mods?

- d. Besvärar dig dessa attacker mycket eller oroar du dig för att få ytterligare en attack?

4. Tänk på din senaste svåra ångestattack.

NEJ **JA**

- a. Fick du andnöd?

- b. Slog ditt hjärta snabbare, bultade eller hoppade över ett slag?

- c. Kände du bröstsmärta eller tryck över bröstet?

- d. Svettades du?

- e. Kändes det som om du skulle kvävas?

- f. Fick du värmevallningar eller frossa?

- g. Var du illamående eller fick du orolig mage, eller kändes det som om du skulle få diarré?

- h. Kände du dig yr, ostadig, eller svag?

- i. Kände du stickningar eller domningar i delar av kroppen?

- j. Darrade eller skakade du?

- k. Blev du rädd att du skulle dö?

5. Under de senaste 4 veckorna, hur ofta har du besvärats av något/några av följande problem?

Inte alls **Flera dagar** **Mer än hälften av dagarna**

- a. Känt dig nervös, haft ångest, varit på helspänn, eller oroat dig mycket för olika saker.

Om du svarade "Inte alls", gå till fråga 6.

- b. Känt dig rastlös så att det är svårt att sitta still.

- c. Blevit trött mycket lätt.

- d. Muskelspänning, värk, eller ömhet.

- e. Svårigheter att somna eller att ha en sammanhängande sömn.

- f. Svårigheter att koncentrera dig på saker, till exempel att läsa en bok eller titta på TV.

- g. Blevit lätt förgad eller irriterad.

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. Frågor om ätande.

- a. Känner du ofta att du inte kan kontrollera vad eller hur mycket du äter? **NEJ** **JA**
- b. Inom en 2-timmarsperiod, äter du ofta vad de flesta människor skulle anse vara en ovanligt stor mängd mat?

Om du svarade "NEJ" på antingen a eller b, gå till fråga 9.

- c. Har detta i genomsnitt förekommit så ofta som två gånger i veckan under de senaste 3 månaderna?

7. Under de senaste 3 månaderna, har du ofta gjort något av följande för att undvika att gå upp i vikt?**NEJ** **JA**

- a. Fått dig själv att kräkas?
- b. Tagit mer än dubbelt så mycket av den rekommenderade dosen laxermedel?
- c. Fastat – inte ätit något alls under minst 24 timmar?
- d. Tränat i mer än en timme speciellt för att undvika att gå upp i vikt efter att du hetsätit?

8. Om du svarade "JA" på något av dessa sätt att undvika att gå upp i vikt, gjorde du något så ofta som i genomsnitt två gånger i veckan?**NEJ** **JA** **9. Dricker du någon gång alkohol (inklusive öl eller vin)?****NEJ** **JA**

Om du svarade "NEJ" gå till fråga 11.

10. Har något av följande hänt dig mer än en gång under de senaste 6 månaderna?**NEJ** **JA**

- a. Du drack alkohol trots att en läkare rekommenderat att du skulle sluta dricka på grund av problem med din hälsa.
- b. Du drack alkohol, var berusad, eller hade baksmälla medan du arbetade, gick i skolan, eller tog hand om barnen eller andra förpliktelser.
- c. Du missade eller kom för sent till arbetet, skolan, eller andra aktiviteter därför att du drack eller var bakfull.
- d. Du hade problem att komma överens med andra människor när du drack.
- e. Du körde bil efter att ha druckit flera glas eller efter att du druckit för mycket.

11. Om du svarat att du haft något av dessa problem i formuläret, hur svårt har dessa problem gjort det för dig att utföra ditt arbete, ta hand om saker hemma, eller komma överens med andra människor?**Inte alls
svårt****Lite
svårt****Mycket
svårt****Extremt
svårt**

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'.

Framtagen av läkarna Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke och kollegor, med utbildningsanslag från Pfizer Inc.
Inget tillstånd krävs för att reproducera, översätta, visa eller distribuera.