

PHQ-9

Tên Gọi: _____ Tên Họ: _____ Ngày: ___ / ___ / ___

Chương Trình: _____ MRN: _____ Ngày Sinh: ___ / ___ / ___
(Số Hồ Sơ Bệnh Lý)

Trong 2 tuần vừa qua, quý vị đã bị phiền phức bởi những vấn đề dưới đây ở mức độ thường xuyên như thế nào?

(Xin khoanh tròn các con số cho các câu trả lời)

	Hoàn toàn không	Có một vài ngày	Có hơn phân nửa số ngày	Hầu như mỗi ngày
1. Không mấy quan tâm hay hứng thú làm việc gì	0	1	2	3
2. Cảm thấy xuống tinh thần, buồn bã hoặc tuyệt vọng	0	1	2	3
3. Khó ngủ, ngủ không yên giấc, hay ngủ quá nhiều	0	1	2	3
4. Cảm thấy mệt mỏi hoặc ít sinh lực	0	1	2	3
5. Kém ăn hay ăn quá nhiều	0	1	2	3
6. Cảm thấy mình tội tệ — hoặc cảm thấy mình là kẻ thất bại, hoặc đã làm cho chính mình hoặc gia đình thất vọng	0	1	2	3
7. Khó tập trung vào việc gì, ví dụ như đọc báo hay xem truyền hình	0	1	2	3
8. Di chuyển hay nói chuyện quá chậm chạp khiến người khác lưu ý. Hoặc ngược lại – lúc nào cũng bồn chồn hoặc không yên khiến quý vị phải chuyển động nhiều hơn bình thường	0	1	2	3
9. Có những ý nghĩ rằng quý vị thà chết hoặc tự làm mình đau đớn bằng cách nào đó	0	1	2	3

PHẦN DÀNH CHO NHÂN VIÊN GHI CHÚ

0 + _____ + _____ + _____
= Tổng số điểm: _____

Nếu quý vị đã đánh dấu vào bất cứ vấn đề nào, thì những vấn đề ấy đã gây khó khăn cho quý vị ở mức độ nào trong công việc, chăm sóc nhà cửa, hoặc sống hoà hợp với những người khác?

Hoàn toàn không

Một chút khó khăn

Khó khăn rất nhiều

Cực kỳ khó khăn

Được biên soạn bởi các Tiến Sĩ Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke và đồng nghiệp, với kinh phí do Pfizer Inc. tài trợ cho mục đích giáo dục. Không có đòi hỏi sự cho phép cho mọi sao chép, thông dịch, đăng tải hoặc phân phối.