

KÉRDŐÍV AZ ÖN EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL - 9 (Hungarian 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.												
Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok?	Egyszer sem	Néhány napon	A napok több mint felében	Majdnem minden nap								
1. Kevés érdeklődés vagy örömezés tevékenységei során	0	1	2	3								
2. Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	0	1	2	3								
3. Nehezen tud elaludni, éjszaka könnyen felébred, vagy túl sokat alszik	0	1	2	3								
4. Fáradtság vagy kevés energia	0	1	2	3								
5. Rossz étvágy vagy túlzott evés	0	1	2	3								
6. Rossz érzések saját magával kapcsolatban, vagy olyan gondolatok, hogy Ön sikertelen, vagy csalódást okozott önmaga vagy családja számára	0	1	2	3								
7. Koncentrációs nehézségek, pl. újságolvasás vagy tévénézés közben	0	1	2	3								
8. Mozgása vagy beszéde annyira lelassult, hogy mások is észrevehették, vagy ellenkezőleg, olyan nyugtalan, hogy a szokásosnál sokkal többet mozgott	0	1	2	3								
9. Olyan gondolatok, hogy jobb lenne meghalni, vagy hogy valamilyen módon kárt tehetne önmagában	0	1	2	3								
				SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____								
Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Egyáltalán nem okozott nehézséget</td> <td>Kis nehézséget okozott</td> <td>Nagy nehézséget okozott</td> <td>Kifejezetten nagy nehézséget okozott</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Egyáltalán nem okozott nehézséget	Kis nehézséget okozott	Nagy nehézséget okozott	Kifejezetten nagy nehézséget okozott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem okozott nehézséget	Kis nehézséget okozott	Nagy nehézséget okozott	Kifejezetten nagy nehézséget okozott									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Minden jog fenntartva. A dokumentum felhasználása a Pfizer Inc. engedélyével történt. EPI0905.PHQ9P												
Megerősítem, hogy a kérdőívben található információk pontosak.		Beteg nevének kezdőbetűi:	Dátum:									