

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA - 9 (Polish version of the PHQ-9)					72883			
<b>THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.</b>								
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:								
<b>Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.</b>								
<b>Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy?</b>					<b>Wcale nie dokuczały</b>	<b>Kilka dni</b>	<b>Więcej niż połowę dni</b>	<b>Niemal codziennie</b>
1. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności					0	1	2	3
2. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności					0	1	2	3
3. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen					0	1	2	3
4. Uczucie zmęczenia lub brak energii					0	1	2	3
5. Brak apetytu lub przejadanie się					0	1	2	3
6. Poczucie niezadowolenia z siebie – lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiódł/zawiodła Pan/Pani siebie lub rodzinę					0	1	2	3
7. Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji					0	1	2	3
8. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle					0	1	2	3
9. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiegś krzywdy					0	1	2	3
					<b>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</b> _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____			
<b>Jeżeli zaznaczył/-a Pan/Pani <u>którekolwiek</u> z problemów, jak bardzo <u>utrudniły</u> one Panu/Pani wykonywanie pracy, zajmowanie się domem lub relacje z innymi ludźmi?</b>								
<b>W ogóle nie utrudniły</b> <input type="checkbox"/>		<b>Trochę utrudniły</b> <input type="checkbox"/>		<b>Bardzo utrudniły</b> <input type="checkbox"/>		<b>Niezmiernie utrudniły</b> <input type="checkbox"/>		
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Wszelkie prawa zastrzeżone. Powielane za zgodą. <span style="float: right;">EPI0905.PHQ9P</span>								
<b>Potwierdzam dokładność podanych przeze mnie informacji.</b>			Inicjały pacjenta/osoby badanej:		Data:			