

# ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА (PHQ-SADS)

Этот опросник позволит разработать план профилактики и лечения заболеваний, который был бы для Вас оптимальным. Ваши ответы важны для врача, поскольку они позволят выявить возможные проблемы, связанные с Вашим здоровьем, и/или лучше понять существующие. Постарайтесь как можно точнее ответить на каждый вопрос. Пропускайте вопросы только в том случае, если этого требует инструкция.

А. Насколько часто за <u>последние 4 недели</u> Вас беспокоили следующие проблемы:		Совсем не беспокоило	Немного беспокоило	Сильно беспокоило
		(0)	(1)	(2)
1.	Боли в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Боли в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Боли в руках, ногах и суставах (коленях, локтях и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Усталость или упадок сил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Трудности с засыпанием, прерывистый сон, было невозможно встать утром, поэтому спал слишком много	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Менструальные боли или другие проблемы, связанные с менструациями (только для женщин)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Боль или другие проблемы во время полового акта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Боли в грудной клетке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Обмороки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Усиленное или учащенное сердцебиение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Запор, жидкий стул или диарея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Тошнота, газы или ощущение дискомфорта в желудке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Результат по шкале PHQ-15:  = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

В. Насколько часто за <u>последние 2 недели</u> Вас беспокоили следующие проблемы:		Совсем не беспокоило	Иногда беспокоило	Больше половины дней	Почти каждый день
		(0)	(1)	(2)	(3)
1.	Вы были тревожны, раздражительны, взвинчены	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Вы не могли остановить или контролировать тревогу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Вы сильно беспокоились из-за разных вещей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Вы чувствовали, что не можете расслабиться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Из-за сильной тревоги Вы не могли усидеть на месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Вы легко становились раздраженным и несдержанным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Вам казалось, что может случиться что-то ужасное	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Результат по шкале GAD-7:  = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

**С. Вопросы о панических атаках.**

- а. Были ли у Вас в последние 4 недели панические атаки — внезапные приступы страха или паники?

Если Вы ответили <b>НЕТ</b> , переходите к вопросу <b>Е</b> .	НЕТ	ДА
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Случались ли подобные приступы прежде?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Начинались ли некоторые из этих приступов <u>совершенно неожиданно</u> — то есть, в ситуациях, когда Вы, вроде бы, не должны нервничать или чувствовать дискомфорт?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Эти приступы Вас сильно беспокоят, или Вы боитесь их повторения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Сопровождался ли последний приступ паники такими симптомами, как одышка, потливость, усиление, учащение или перебои в работе сердца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>D. Насколько часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы:</b>	Совсем не беспокоило (0)	Несколько дней (1)	Больше половины дней (2)	Почти каждый день (3)
1. Вам ничего не хотелось делать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. У Вас было плохое настроение, Вы чувствовали подавленность и безысходность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. У Вас были проблемы со сном (трудно заснуть, прерывистый сон, невозможно подняться утром)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Вы чувствовали усталость или упадок сил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. У Вас был плохой аппетит или Вы переедали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Вы плохо о себе думали, были разочарованы в себе, считали себя неудачником, или думали, что подвели свою семью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении или просмотре телепередач)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или наоборот, Вы были настолько суетливы и взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Результат по шкале PHQ-9:**  = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

- Е. Если Вы положительно ответили на какие-нибудь пункты в этом опроснике, то оцените, насколько трудно Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем?**

<b>Совсем не трудно</b>	<b>Немного трудно</b>	<b>Очень трудно</b>	<b>Чрезвычайно трудно</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>