

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА (PHQ)

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.

Имя _____ Возраст _____ Пол: Жен. Муж. Дата опроса _____

1. Насколько часто за <u>последние 4 недели</u> Вас беспокоили указанные проблемы?	Не беспокоит	Иногда беспокоит	Постоянно беспокоит
a. Боль в желудке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Боль в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Боль в руках, ногах или суставах (коленных, тазобедр., ит.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Менструальные боли или другие проблемы, связанные с менструациями (только для женщин)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Боль или другие проблемы во время полового акта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Боль в грудной клетке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Головокружение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Обмороки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Усиленное или учащенное сердцебиение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Запор, жидкий стул или диарея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Тошнота, газы или ощущение дискомфорта в желудке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Насколько часто за <u>последние 2 недели</u> Вас беспокоили указанные проблемы?	Не беспокоит	Несколько дней	Больше половины времени ежедневно	Практически ежедневно
a. Вам не хотелось ничего делать	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Плохое настроение, подавленность, безысходность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Вы испытывали чувство усталости или упадок сил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. У Вас был плохой аппетит или Вы переедали	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Вы плохо о себе думали, считали себя неудачником, были в себе разочарованы, считали, что подвели свою семью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Вы двигались или говорили так медленно, что окружающие это замечали? Или наоборот, вы были так суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть или причинить себе какой-нибудь вред	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ДИА: Сомат., если, по кр. мере, 3 из #1а-м: "Постоянно беспокоила" и этому нет адекватного биологического объяснения.

Бол Деп Сдр: если ответы на #2а или b и пять или более из #2а-і, по кр.мере, "Больше половины времени" (#2i, если отмечен - считается в любом случае).

Др Деп Сдр: если ответы на #2а или b и два, три, или четыре из #2а-і, по кр.мере, "Больше половины времени" (#2i, если отмечен - считается в любом случае).

3. Вопросы о тревоге.

- a. Были ли у Вас за последние 4 недели приступы тревоги, при которых Вы испытывали неожиданное чувство страха или паники? **НЕТ** **ДА**

Если Вы ответили НЕТ, переходите к вопросу №5.

- b. Случалось ли подобное раньше?

- c. Происходят ли некоторые из этих приступов совершенно неожиданно – то есть в таких ситуациях, когда Вы вроде бы не должны нервничать или чувствовать себя некомфортно?

- d. Сильно ли Вас беспокоят эти приступы, боитесь ли Вы, что у Вас будет новый приступ?

4. Вспомните свой последний сильный приступ тревоги и ответьте на следующие вопросы:

НЕТ **ДА**

- a. Была ли у Вас одышка?

- b. Было ли у Вас учащенное, усиленное или неровное сердцебиение?

- c. У Вас была боль в грудной клетке или ощущение стеснения за грудиной?

- d. Потели ли Вы?

- e. Было ли у Вас ощущение удушья?

- f. Испытывали ли Вы приливы жара или озноб?

- g. Испытывали ли Вы тошноту или дискомфорт в желудке, или, может быть, у Вас было ощущение, что у Вас сейчас начнется диарея?

- h. Головокружение, чувство потери равновесия, обморочное состояние?

- i. Ощущали ли Вы покалывание или онемение в каких-либо частях тела?

- j. Ощущали ли вы дрожь в теле?

- k. Казалось ли Вам, что Вы умираете?

5. Насколько часто за последние 4 недели Вас беспокоили указанные проблемы?

Ни разу **Несколько дней** **Более половины времени**

- a. Вы нервничали, тревожились или сильно переживали по разным причинам.

Если Вы ответили “Ни разу”, переходите к вопросу №6

- b. Вы были так взбудоражены, что Вам было трудно усидеть на месте

- c. Вы очень быстро уставали

- d. Ваши мышцы были напряжены, болели или ныли.

- e. Вам было трудно заснуть, или у Вас был прерывистый сон.

- f. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении книг или просмотре телепередач).

- g. Вы легко раздражались или были несдержаны.

ДИА: Пан рво, если все #3a-d “ДА”, и четыре или более из #4a-k “ДА”. Др Тр Сдр если #5a и ответы на три или более из #5b-g “Более половины времени”.

6. Вопросы о питании.			
a.	Часто ли Вы чувствуете, что не можете контролировать <u>что</u> или <u>сколько</u> Вы едите?	НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
b.	Часто ли Вы съедаете в течение <u>2-х часов</u> порции еды, которые другие считают необычно <u>большими</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Если Вы ответили «НЕТ» на вопрос «а» или «b», перейдите к вопросу №9.			
c.	Происходило ли это в среднем 2 раза в неделю за последние 3 месяца?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. За последние 3 месяца делали ли Вы <u>часто</u> следующее, для того, чтобы не набрать вес?		НЕТ	ДА
a.	Вызывали у себя рвоту?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Превышали рекомендованную дозу слабительного более чем в 2 раза?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Воздерживались от еды – т.е. ничего не ели, по крайней мере, 24 часа?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Занимались физическими упражнениями более часа специально для того, чтобы не набрать вес после обильного приема пищи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Если Вы ответили «ДА» на один из предыдущих четырех вопросов, ответьте, пожалуйста, делали ли Вы это в среднем два раза в неделю?		НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
9. Употребляете ли Вы алкогольные напитки (в том числе пиво или вино)?		НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
Если Вы ответили «НЕТ», перейдите к вопросу №11.			
10. Происходило ли с Вами что-нибудь из нижеперечисленного <u>более одного раза за последние 6 месяцев</u>?		НЕТ	ДА
a.	Вы употребляли алкогольные напитки, хотя врач Вам рекомендовал прекратить пить из-за проблем со здоровьем.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Вы употребляли алкогольные напитки, были в состоянии опьянения или похмелья во время работы, учебы, присматривая за детьми или выполняя другие обязанности.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Вы опоздали или не пошли на работу, учебу или на другие мероприятия, потому что Вы пили алкогольные напитки или у Вас было похмелье.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	У Вас были проблемы в общении с людьми, когда Вы выпивали.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Вы водили машину, после того как выпивали умеренное или чрезмерное количество алкоголя.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Если Вы положительно ответили на <u>какие-нибудь</u> пункты в этом опроснике, то оцените, насколько <u>трудно</u> Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем?			
Совсем не трудно	Немного трудно	Очень трудно	Чрезвычайно трудно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ДИА: Нер бул если #6a,b,c и #8 полностью "ДА"; Обж: то же самое, но #8 или "НЕТ", или пустая клетка. Алк звс, если #10a-e "ДА".

Разработано докторами Робертом Л. Шпицем (Robert L. Spitzer), Джанет Б.У. Уилльямс (Janet B.W. Williams), Куртом Кронке (Kurt Kroenke) и их коллегами в рамках образовательного гранта компании Pfizer Inc. Воспроизведение, перевод, показ и распространение разрешены.