



BẢN CÂU HỎI SỨC KHỎE BỆNH NHÂN (PHQ-9) THIẾU NIÊN
(PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9) ADOLESCENTS – VIETNAMESE)

Tên bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Trong 2 tuần vừa qua, đã có bất cứ các vấn đề nào sau đây gây phiền toái cho bạn và thường xuyên đến mức nào? (Xin khoanh tròn câu trả lời của bạn)

	Hoàn toàn không	Vài ngày	Hơn phân nửa thời gian của các ngày	Hầu như mỗi ngày
1. Cảm thấy chán nản, trầm cảm, khó chịu hay vô vọng	0	1	2	3
2. Ít hứng thú hay vui thích để làm các công việc	0	1	2	3
3. Khó dễ giấc ngủ và ngủ, hay ngủ quá nhiều	0	1	2	3
4. Ăn uống kém ngon, sụt cân, hay ăn quá nhiều	0	1	2	3
5. Cảm thấy mệt mỏi hay không có sức	0	1	2	3
6. Bản thân cảm thấy tệ – hay bạn là một sự thất bại, hoặc bạn đã khiến chính bản thân và gia đình bị suy sụp	0	1	2	3
7. Khó tập trung vào công việc, chẳng hạn như đọc báo hay xem truyền hình	0	1	2	3
8. Đi đứng hay nói chuyện quá chậm chạp khiến người khác có thể nhận ra. Hay ngược lại – tay chân táy máy hay đứng ngồi không yên khiến phải đi tới đi lui nhiều hơn bình thường	0	1	2	3
9. Có các ý tưởng chẳng thà mình chết còn hơn, hay muốn làm hại chính bản thân	0	1	2	3
	0 +	+	+	
(Chuyên viên chăm sóc sức khỏe: Để điền dịch TỔNG SỐ, xin tham khảo thẻ tính điểm đính kèm).			TỔNG SỐ:	

Trong năm vừa qua, bạn đã có thấy mình bị trầm cảm hay buồn bã trong hầu hết các ngày hay không, ngay cả nếu bạn cảm thấy đôi khi mình cũng ổn?

Có Không

Nếu bạn đang gặp bất cứ các vấn đề khó khăn nào được ghi trong mẫu này, vậy các vấn đề này đã gây khó khăn cho bạn như thế nào để làm công việc của mình, để giải quyết các vấn đề tại nhà, hay để hòa hợp với người khác?

Không khó khăn gì cả Hơi khó khăn Rất khó khăn Cực kỳ khó khăn

Trong tháng vừa qua, có khi nào bạn đã thực sự có ý định tự tử hay không?

Có Không

Bạn **ĐÃ CÓ BAO GIỜ**, TRONG SUỐT CUỘC ĐỜI của mình, tìm cách tự tử hay tự tử hay không?

Có Không

Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____ Giờ: _____
(Patient Signature) (Date) (Time)

Chữ ký của nhân viên: _____ Ngày: _____ Giờ: _____
(Staff Signature) (Date) (Time)

QUESTIONNAIRE

Form# 8051-V

Rev 05/03/21



[2050]

PATIENT LABEL