

CÁC CÂU HỎI VỀ SỨC KHỎE BỆNH NHÂN-A (Thanh Thiếu Niên) PHQ-A (Adolescent)

Tên: _____ Nhân viên y tế: _____ Ngày: _____

Hướng dẫn: Quý vị thường xuyên bị ảnh hưởng bởi các triệu chứng sau đây như thế nào trong **hai tuần vừa qua**? Đánh dấu “X” vào ô bên dưới câu trả lời miêu tả đúng nhất cảm giác của quý vị cho từng triệu chứng.

	(0) Không bao giờ	(1) Một vài ngày	(2) Nhiều hơn nửa ngày	(3) Gần như mỗi ngày
1. Cảm thấy buồn, chán nản, cáu kỉnh, hoặc tuyệt vọng?				
2. Ít có quan tâm hay thích thú làm việc?				
3. Bị khó ngủ hoặc khó ngủ sâu giấc, hoặc ngủ quá nhiều ?				
4. Chán ăn, giảm cân, hoặc ăn quá nhiều?				
5. Cảm thấy mệt mỏi hoặc có ít năng lượng (sức lực)?				
6. Cảm thấy buồn về bản thân mình — hoặc cảm thấy quý vị là một sự thất bại hoặc khiến cho bản thân hoặc gia đình của quý vị thất vọng?				
7. Khó tập trung vào việc gì như là việc học, đọc sách, hoặc xem tivi?				
8. Di chuyển hoặc nói năng quá chậm mà người khác có thể nhận thấy được? Hoặc ngược lại — ngồi không yên hoặc bồn chồn và quý vị đi qua đi lại nhiều hơn bình thường?				
9. Có những suy nghĩ rằng quý vị chết đi thì tốt hơn hoặc tự làm đau bản thân mình bằng cách nào đó?				

Trong **năm vừa qua**, quý vị có cảm thấy chán nản hoặc buồn hầu như là mỗi ngày, ngay cả quý vị đôi lúc cảm thấy bình thường?

Có Không

Nếu quý vị đang có một hay bất cứ các vấn đề nào trong mẫu đơn này, những vấn đề này đã **gây khó khăn** như thế nào đối với công việc làm của quý vị, khi quý vị làm việc nhà, hoặc trong mối quan hệ với những người khác?

Không có khó khăn gì cả Có một vài khó khăn Rất khó khăn Vô cùng khó khăn

Có khi nào trong **tháng vừa qua** quý vị có những suy nghĩ thật sự/nghiêm túc về việc tự tử không?

Có Không

Quý vị có **BAO GIỜ**, trong SUỐT CUỘC ĐỜI của mình, đã thử tự tử hoặc có ý định tự tử chưa?

Có Không

Office use only:

Severity score: