

FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____/____/____		M.O.
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE
K10 + LM - Farsi/فارسی

راهنمایی

ده سوال زیر در مورد این است که شما در 4 هفته گذشته چه احساس ها و حالت هائی داشته اید. در جلو هر سؤال لطفا دایره هر ستونی را پر کنید که نزدیکتر به زمان مشخص شده در بالای آن ستون است.

همیشه	بیشتر وقتها	گاهی اوقات	گاهی بندرت	هیچگاه	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت بدون دلیل احساس خستگی کردید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت احساس عصبی بودن کردید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. در چهار هفته گذشته تقریباً چند بار آنقدر عصبی بودید که هیچ چیز نمیتوانست شما را آرام کند
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت احساس ناامیدی کردید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت احساس ناآرامی و بیقراری کردید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت اینقدر احساس ناآرامی میکردید که نمیتوانستید بی حرکت بنشینید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت احساس افسردگی کردید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت احساس کردید که همه کارها را دارید به زور انجام میدهید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت احساس کردید که شما چنان غمگینید که هیچ چیز نمیتواند شما را سر حال بیاورد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. در چهار هفته گذشته تقریباً چند مدت احساس بی ارزش بودن کردید؟

لطفا برای ادامه به صفحه بعد مراجعه نمائید



SMR060967

Holes Punched as per AS2828.1: 2012
BINDING MARGIN - NO WRITING

NH600928 271213

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - Farsi/فارسی

SMR060.967

FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE FEMALE

D.O.B. ____ / ____ / ____

M.O.

Facility:

ADDRESS

**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR
ADULTS AND OLDER PEOPLE
K10 + LM**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

چند سوال زیر در مورد این هستند که این احساس ها شما را چگونه در چهار هفته گذشته تحت تاثیر قرار داده اند؟

اگر شما تمام سوالها را با (هیچگاه) جواب داده اید، احتیاجی به جواب دادن به این سوالها نیست.

<p>11. در چهار هفته گذشته چند روز شما اصلا قادر به کار کردن، مطالعه، یا سامان دادن به کارهای روزمره بخاطر داشتن چنین احساس هائی نبودید؟ (تعداد روزها)</p>
<p>12. بغیر از این روز هائی که نام بردید، در چهار هفته گذشته چند روز شما قادر به کار کردن، مطالعه، یا سامان دادن به کارهای روزمره خود بوده اید، اما بخاطر داشتن چنین احساس هائی مجبور شدید که آنها را متوقف کنید؟ (تعداد روزها)</p>
<p>13. در چهار هفته گذشته چند بار شما پزشک و یا هر متخصص بهداشت دیگری را بخاطر این احساس ها دیده اید؟ (تعداد دفعات)</p>
<p>14. در چهار هفته گذشته چند بار مشکل سلامت جسمی باعث اصلی این احساس ها بوده است؟</p> <p> <input type="radio"/> هیچگاه <input type="radio"/> گاهی بندرت <input type="radio"/> گاهی اوقات <input type="radio"/> بیشتر وقتها <input type="radio"/> همیشه </p>

از اینکه این پرسشنامه را پر کرده اید از شما متشکریم.

لطفا این را به کارمندی که از شما خواسته است که آنرا تکمیل کنید تحویل دهید

Consumer signature:

Date:

For Care Planning Purposes:

K10 score

Staff comments:

.....

.....

.....

Staff name:

Signature:

Designation:

Date: