

PACIENTE: _____ Data da Avaliação ____/____/____

PERSONAL HEALTH QUESTIONNAIRE DEPRESSION SCALE (PHQ 9)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
Se sentir “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva	0	1	2	3
Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
Se sentir mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasse ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto de outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou inquieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
Pensar em se ferir de alguma maneira, ou que seria melhor estar morto	0	1	2	3

Pontuação: ____ 0 ____ + ____ + ____
+ ____

Total: _____

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas:

Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>
---	--	---	---