Ионы-Депрессия

**ВХОДНАЯ АНКЕТА**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО, возраст | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата и место рождения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес проживания | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон, эл. почта | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Место работы/учебы | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Кем | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Семейное положение  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Рост - \_\_\_ | Вес - \_\_\_ |
| 1) Каков график Вашей работы/учебы?  | (\_\_) полный день(\_\_) до обеда | (\_\_) вторая половина(\_\_) скользящий, ночной |
| 2) В какие дни недели учитесь /работаете | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Встаете ли в эти дни в одно и то же время? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3) Обычно Ваш сон  | (\_\_) хороший(\_\_) средний \*(\_\_) плохой \*  | \* Причина плохого сна? |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Во сколько ложитесь спать? | в будни:  | в выходные: |
|  | с \_\_\_ – до \_\_\_  | с \_\_\_ – до \_\_\_  |
|  | с \_\_\_ – до \_\_\_  | с \_\_\_ – до \_\_\_  |
| Есть ли обстоятельства, которые заставляют Вас ложиться и вставать в определенное время (работа, домашние животные, дети)? |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ложитесь ли вздремнуть днем? | (\_\_) каждый день\* (\_\_) 3-5 раз в неделю\*(\_\_) 1-2 раза в неделю\* \*и сплю обычно \_\_\_\_\_\_ минут (\_\_) редко(\_\_) никогда |
| 4) Меняли ли часовые пояса за последний месяц?  | \_\_\_ |
| Если да, откуда и куда переезжали, на чем? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5) Сколько чашек (чашка = 100 мл) кофе, крепкого черного чая, колы выпиваете за день ? \_\_\_\_\_\_ |
| Пьете ли их также вечером? | \_\_\_\_\_\_ |
| Если да, бывают и у Вас проблемы со сном после этого? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 6) Сколько алкоголя Вы обычно принимаете за неделю?  *(1 доза соответствует 300 мл пива, 150 мл вина, 25 мл крепких напитков)*  |
| (\_\_) совсем не пью   | (\_\_) <1 дозы в неделю(\_\_) 1-2 дозы в неделю(\_\_) 3-5 доз в неделю | (\_\_) 6-10 доз в неделю(\_\_) 11-15 доз в неделю(\_\_) >15 доз в неделю |
| 7) Курите? \_\_\_\_\_\_\_Если курите, сколько сигарет в день? \_\_\_\_\_\_штук Если не курите, но курили, то когда бросили? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8) Принимаете ли наркотики? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9) Занимаетесь ли физическими упражнениями?  | \_\_\_\_\_ |
| Если да, то каким видом, в какие дни и по сколько? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 10) Собираетесь ли в ближайшие 3 месяца: |
|  - уехать надолго из города?  | (\_\_) |
|  - поменять ритм жизни (работу и т.п.)?  | (\_\_) |
| 11) Когда последний раз остро болели?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Чем?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12) Когда последний раз обращались к врачу?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Причина?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13) Перечислите хронические заболевания (или характерные жалобы):  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 14) Принимали ли какие-либо медикаменты за последний месяц? | нет |
| Если да, перечислите, какие | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 15) Перечислите госпитализации, операции (примерный год - диагноз): |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16) Как часто бывают простудные заболевания (ангина, насморк, отит, гайморит *- подчеркнуть*)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_раз в год |
| 17) /Для женщин/ Менструальный цикл (если имеется): |  |
| Через сколько дней (например, 22-30)? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Регулярный? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ведете ли календарик? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата начала последнего цикла: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Беременны или кормите грудью?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 18) Бывают (есть) ли у Вас: |  |  |  |
| - головная боль? | \_\_\_\_\_ | Если да, как часто:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - аллергия?  | \_\_\_\_\_ | Если да, то на что: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 19) Были (есть) ли сотрясение мозга, эпилепсия?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 20) Есть ли в Вашем роду лица с: |  |
|  - эндокринными заболеваниями (диабет, щитовидная железа) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  - психическими отклонениями?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Роспись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(расписаться можно потом)*

*перейдите на следующую страницу*

**PHQ-9**

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы? Пожалуйста, отметьте цветом подходящий ответ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Ни разу** | **Несколько дней** | **Более недели** | **Почти каждый день** |
| 1 | Вам ничего не хотелось делать | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | У Вас было плохое настроение, Вы были подавлены или испытывали чувство безысходности | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Вы были утомлены, или у Вас было мало сил | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | У Вас был плохой аппетит, или Вы переедали | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Вы плохо о себе думали: считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или на просмотре телепередач) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, Вы были настолько суетливы или взбудоражены, что двигались гораздо больше обычного | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Вас посещали мысли о том, что Вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред | 0 | 1 | 2 | 3 |

Если Вы положительно ответили на какие-нибудь пункты, то **оцените, насколько трудно** Вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми **из-за этих проблем**?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Совсем не трудно | Немного трудно | Очень трудно | Чрезвычайно трудно |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

**Комментарии врача-исследователя** *(если имеются;* *пометить маркером ответы, которые обратили на себя внимание):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение о соответствии исследуемого критериям:**

**+** (соответствует) **–** (не соответствует) = (относительное несоответствие)

Исследователь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Роспись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, инициалы