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