

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 - GREEK/ΕΛΛΗΝΙΚΑ
Οδηγίες

Οι παρακάτω δέκα ερωτήσεις αφορούν το πώς έχετε αισθανθεί τις **τελευταίες τέσσερις εβδομάδες**. Απαντήστε την κάθε ερώτηση, σημειώνοντας στον κύκλο κάτω από την επιλογή που περιγράφει καλύτερα πόσες φορές αισθανθήκατε κατ' αυτό τον τρόπο.

	Ποτέ	Λίγες φορές	Μερικές φορές	Σχεδόν πάντα	Όλη την ώρα
1. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε πάρα πολλή κούραση χωρίς κανέναν ιδιαίτερο λόγο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε νευρικότητα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε τόσο πολλή νευρικότητα που τίποτα δεν μπορούσε να σας ηρεμήσει;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε απελπισία;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε ανησυχία ή κουνάγατε νευρικά τα χέρια σας ή τα πόδια σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε τόση ανησυχία που δεν μπορούσατε να καθίσετε σε ένα μέρος;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε μελαγχολία;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε πως έπρεπε να καταβάλετε ιδιαίτερη προσπάθεια για ό,τι κάνατε;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε τόση μελαγχολία που τίποτα δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες περίπου πόσο συχνά αισθανθήκατε πως δεν αξίζατε τίποτα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

παρακαλώ γυρίστε στην επόμενη σελίδα για να συνεχίσετε



SMR060974

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



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE FEMALE

D.O.B. ____/____/____

M.O.

ADDRESS

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

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν το πώς τα συναισθήματά σας ενδέχεται να σας έχουν επηρεάσει τις **τελευταίες 4 εβδομάδες**.

Δεν χρειάζεται να προχωρήσετε στις επόμενες ερωτήσεις εάν έχετε ήδη δώσει την απάντηση "ποτέ" σε **όλες** τις προηγούμενες 10 ερωτήσεις για τα συναισθήματά σας.

11. Πόσες ημέρες κατά το διάστημα των τεσσάρων τελευταίων εβδομάδων αισθανθήκατε ΕΝΤΕΛΩΣ ΑΝΙΚΑΝΟΣ/Η να εργαστείτε, να μελετήσετε ή να φέρετε εις πέρας τις καθημερινές σας δραστηριότητες λόγω αυτών των συναισθημάτων; (Αριθμός ημερών)

12. [Εκτός από αυτές τις ημέρες], ΠΟΣΕΣ ΑΛΛΕΣ ΗΜΕΡΕΣ τις τελευταίες 4 εβδομάδες μπορέσατε να δουλέψετε, να μελετήσετε ή να κάνετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες, αλλά ο τρόπος που αισθανόσασταν σας ανάγκασε να ΠΕΡΙΟΡΙΣΕΤΕ αυτές τις δραστηριότητες; (Αριθμός ημερών)

13. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσες φορές επισκεφθήκατε γιατρό ή άλλο ειδικό σε θέματα υγείας γι' αυτά τα συναισθήματα; (Αριθμός επισκέψεων)

14. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά ήταν τα σωματικά σας προβλήματα η κύρια αιτία αυτών των συναισθημάτων;

- Ποτέ
- Λίγες φορές
- Μερικές φορές
- Σχεδόν πάντα
- Όλη την ώρα

Σας ευχαριστώ που συμπληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο.

Σας παρακαλώ να το επιστρέψετε στον υπάλληλο που σας ζήτησε να το συμπληρώσετε.

Consumer signature:

Date:

For Care Planning Purposes:

K10 score

Staff comments:
.....
.....
.....

Staff name: Signature: Designation: Date:

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

