

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 - CROATIAN/HRVATSKI**

**Upute:**

Sljedećih deset pitanja odnose se na to kako ste se osjećali u **posljednja četiri tjedna**. Uz svako pitanje zaokružite onaj odgovor koji najbolje opisuje koliko dugo ste se tako osjećali.

	Gotovo nikako	Malo vremena	Neko vrijeme	Najveći dio vremena	Cijelo vrijeme
1. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali iscrpljenim bez nekog valjanog razloga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali nervoznim/uzrujanim?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali toliko uzrujanim da vas ništa nije moglo smiriti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali beznađežno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali uznemireno ili nespokojno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali toliko napeto da uopće niste mogli sjediti s mirom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali utučenim/potištenim?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste osjećali tako da vam je sve pričinjavalo napor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali toliko potištenim da vas ništa nije moglo razvedriti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. U posljednja četiri tjedna, koliko često ste se osjećali bezvrijednim?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

nastavlja se na sljedećoj stranici



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



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

Nekoliko sljedećih pitanja su u svezi s tim kako su takva osjećanja utjecala na vas u **posljednja četiri tjedna**.

Ne trebate odgovarati na ova pitanja ukoliko ste odgovorili s "Gotovo nikako" na **svih** deset prethodnih pitanja u svezi s vašim osjećanjima.

11. U posljednja četiri tjedna, koliko dana ste bili <b>POTPUNO NESPOSOBNI</b> za rad, učenje ili obavljanje vaših dnevnih aktivnosti zbog takvih osjećanja?	..... (Broj dana)
12. Osim tih dana, u posljednja četiri tjedna, <b>KOLIKO DANA</b> ste bili sposobni za rad, učenje ili obavljanje vaših dnevnih aktivnosti, ali ste ih morali <b>SMANJITI</b> zbog takvih osjećanja?	..... (Broj dana)
13. U posljednja četiri tjedna, koliko puta ste posjetili liječnika, ili nekog drugog specijalistu u svezi s takvim osjećanjima?	..... (Broj posjeta)
14. U posljednja četiri tjedna, koliko često su fizičke tegobe uzrokovale takva osjećanja?	

Gotovo nikako   
 Malo vremena   
 Neko vrijeme   
 Najveći dio vremena   
 Cijelo vrijeme

**Hvala vam što ste ispunili ovaj upitnik!**

Molimo vas da upitnik predate osobi koja vas je zamolila da ga popunite.

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

