

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:

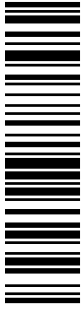
**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE**  
**K10 + LM - DARI/دري**

**توضیحات**

ده سوال ذیل از شما می پرسد که در **چهار هفته گذشته** چی احساسی داشته اید. برای هر سوال، یکی از دایره های زیر را انتخاب کنید که به بهترین وجه مدت زمان احساس شما را تشریح مینماید.

همیشه	بیشتر اوقات	بعضی اوقات	اندکی از وقت	هیچ وقت	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر بدون کدام دلیل خوبی، احساس خستگی کرده اید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر احساس نگرانی کرده اید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>3.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر احساس ناراحتی زیاد کرده اید که هیچ چیز نتوانسته باشد شما را آرام کند؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>4.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر احساس ناامیدی کرده اید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>5.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر احساس بی قراری یا ناآرامی کرده اید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>6.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر احساس بی قراری زیاد داشته اید که آرام نشسته نتوانسته باشید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>7.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر احساس افسردگی کرده اید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>8.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر این احساس را داشته اید که هر کاری را با یک فشار انجام دهید؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>9.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر احساس غمگین بودن زیاد داشته اید که هیچ چیز شما را خوشحال نکرده باشد؟
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>10.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر احساس بی ارزشی کرده اید؟

لطفا پشت صفحه را بگردانید.



SMR060966

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

NH600928 271213

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - DARI/دري

SMR060.966

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

چند سوال بعدی در مورد این است که این احساسات در چهار هفته گذشته بر شما چطور تاثیر گذاشته اند.  
اگر شما به تمام ده سوال در مورد احساسات خود "هیچ وقت" را جواب داده اید، شما ضرورت ندارید که این سوالات باقیمانده را جواب دهید.

<p><b>11.</b> در چهار هفته گذشته، چند روز را شما به کلی قادر به کار کردن، مطالعه کردن یا مدیریت کردن فعالیتهای روزانه خود به خاطر این احساسات نبوده اید؟ (تعداد روزها) .....</p>
<p><b>12.</b> [صرف نظر از آن روزها]، در چهار هفته گذشته، چند روز شما قادر به کار کردن یا مطالعه کردن یا مدیریت کردن فعالیتهای روزانه تان بوده اید، اما بخاطر این احساسات مجبور شدید که آنها را کمتر انجام دهید؟ (تعداد روزها) .....</p>
<p><b>13.</b> در 4 هفته گذشته، چند دفعه یک داکتر یا کدام شخص متخصص صحتی را بخاطر این احساسات ملاقات کرده اید؟ (تعداد جلسات مشاوره ای) .....</p>
<p><b>14.</b> در چهار هفته گذشته، غالباً چقدر مشکلات جسمی شما سبب بوجود آمدن این احساسات شما بوده است.</p> <p><input type="radio"/> هیچ وقت</p> <p><input type="radio"/> اندکی از وقت</p> <p><input type="radio"/> بعضی اوقات</p> <p><input type="radio"/> بیشتر اوقات</p> <p><input type="radio"/> همیشه</p>

تشکر از شما که این سنوالات را جواب داده اید.

لطفاً آنرا به شخصی که از شما تقاضای تکمیل کردن این فارم را کرده برگردانید.

Consumer signature: .....

Date: .....

**For Care Planning Purposes:**

K10 score

--	--

Staff comments: .....

.....

.....

Staff name:

Signature:

Designation:

Date:

