



Health

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 - BENGALI/বাংলা**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

নির্দেশনা

আপনি গত চার সপ্তাহ যাবৎ কি রকম বোধ করেছেন সেই সম্বন্ধে নীচে দশটি প্রশ্ন করা হয়েছে। প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তরে যেটি আপনার ক্ষেত্রে সবচেয়ে প্রযোজ্য সেখানে গোলাকৃতি চিহ্নে দাগ দিয়ে দেখান।

	কোন সময়ই না	খুব অল্প সময়	কিছু কিছু সময়/ মাঝে মাঝে	অধিকাংশ সময়	সবসময়
1. গত চার সপ্তাহে কতবার বিনা কারণে আপনি ক্লান্ত বোধ করেছেন?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. গত চার সপ্তাহে কতবার আপনি বিচলিত অনুভব করেছেন?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. গত চার সপ্তাহে কতবার আপনি এত বেশী বিচলিত হয়েছেন যে কিছুতেই আপনাকে শান্ত করা যায় নি?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. গত চার সপ্তাহে কতবার আপনার হতাশ লেগেছে?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. গত চার সপ্তাহে কতবার আপনি অস্থিরতা বা অস্বস্তি বোধ করেছেন?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. গত চার সপ্তাহে কতবার আপনি এত বেশী অস্থিরতা বোধ করেছেন যে আপনি স্থির হয়ে বসে থাকতে পারেন নি?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. গত চার সপ্তাহে কতবার আপনি বিষণ্ণ বোধ করেছেন?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. গত চার সপ্তাহে আপনার কতবার মনে হয়েছে যে সব কিছুই খুব কষ্ট করে করতে হচ্ছে?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. গত চার সপ্তাহে কতবার আপনার এত বিমর্ষ লেগেছে যে কোন কিছুই আপনাকে উৎফুল্ল করতে পারে নি?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. গত চার সপ্তাহে নিজেকে কতবার অপদার্থ বলে মনে হয়েছে?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

অনুগ্রহ করে পরের পৃষ্ঠায় যান



SMR060969

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

NH600928F 101014

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - BENGALI/বাংলা SMR060.969

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 - BENGALI**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

গত চার সপ্তাহে এই সমস্ত অনুভূতি কি ভাবে আপনাকে প্রভাবিত করেছে সেই বিষয়ে নীচের প্রশ্নগুলো করা হয়েছে।

আপনি যদি উপরের সকল দশটি প্রশ্নে “কোন সময়ই না” উত্তর দিয়ে থাকেন তাহলে আপনাকে এই নীচের প্রশ্নগুলোর উত্তর দিতে হবে না।

11. গত চার সপ্তাহে আপনার এই সমস্ত অনুভূতির জন্য কত দিন আপনি কাজে, পড়াশোনা অথবা প্রতিদিনের কাজকর্মে সম্পূর্ণ অক্ষম ছিলেন? (কতদিন)

12. (ওই দিনগুলি ব্যতীত) গত চার সপ্তাহে কতদিন আপনি কাজকর্ম, পড়াশোনা ও দৈনন্দিন কাজে অনেকটা সক্ষম হলেও এই সব অনুভূতির জন্য সেই কাজগুলো কিছুটা কমিয়ে দিতে হয়েছে? (কতদিন)

13. গত চার সপ্তাহে আপনার এই সকল অনুভূতিগুলির জন্য কতদিন কোন ডাক্তার বা অন্য কোন ধরণের চিকিৎসকের সাথে সাফাৎ করতে হয়েছে? (পরামর্শের সংখ্যা)

14. গত চার সপ্তাহে কতবার শারীরিক অসুস্থতার কারণে আপনার এই সমস্ত অনুভূতি হয়েছে বলে মনে হয়?

কোন সময়ই না

খুব অল্প সময়

কিছু কিছু সময়/মাঝে মাঝে

অধিকাংশ সময়

সবসময়

প্রশ্নোত্তরগুলো পূরণ করার জন্য ধন্যবাদ।

আমাদের যে কর্মী আপনাকে প্রশ্নোত্তরগুলো সম্পূর্ণ করতে বলেছিলেন অনুগ্রহ পূর্বক তাঁর কাছেই এটি ফেরৎ দিন।

Consumer signature:

Date:

For Care Planning Purposes:

K10 score

Staff comments:

.....

.....

Staff name:

Signature:

Designation:

Date:

