

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 - BOSNIAN/BOSANSKI

Uputstva:

Sljedećih deset pitanja se odnose na to kako ste se osjećali u **posljednje četiri sedmice**. Za svako pitanje označite kružić ispod odgovora koji najbolje opisuje koliko dugo ste se tako osjećali.

	Nikako	Rijetko	Ponekad	Često	Stalno
1. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali umorni bez naročitog razloga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali nervozni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali toliko nervozni da vas ništa nije moglo umiriti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali bespomoćni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali uznemireni ili napeti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali toliko nemirni da niste mogli mirno sjedjeti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali depresivno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste osjećali da vam je sve bilo naporno?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali toliko potišteni da vas ništa nije moglo razveseliti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. U posljednje četiri sedmice, koliko često ste se osjećali bezvrijedni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

nastavlja se na sljedećoj strani



SMR060970

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

NH600928g 101014

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - BOSNIAN/BOSANSKI
SMR060.970



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 - BOSNIAN

Sljedećih nekoliko pitanja se odnose na to koliko su vaša osjećanja utjecala na vas u **posljednje četiri sedmice**.

Ne trebate odgovoriti na ova pitanja ukoliko ste na **sva** prethodna pitanja obilježili odgovor "Nikako".

<p>11. U posljednje četiri sedmice, koliko dana ste bili POTPUNO NESPOSOBNI da radite, studirate ili obavljate svakodnevne aktivnosti zbog toga kako ste se osjećali? (Broj dana)</p>
<p>12. (Pored ovih dana), u posljednje četiri sedmice, KOLIKO DANA ste bili u stanju da radite, studirate ili obavljate svakodnevne aktivnosti, ali ste morali SMANJITI te aktivnosti zbog toga kako ste se osjećali? (Broj dana)</p>
<p>13. U posljednje četiri sedmice, koliko puta ste posjetili doktora, ili bilo kojeg drugog zdravstvenog radnika, zbog ovih osjećanja? (Broj konsultacija)</p>
<p>14. U posljednje četiri sedmice, koliko često su tjelesni zdravstveni problemi bili glavni uzrok ovih osjećanja?</p> <p style="text-align: right;"> Nikako <input type="radio"/> Rijetko <input type="radio"/> Ponekad <input type="radio"/> Često <input type="radio"/> Stalno <input type="radio"/> </p>

Zahvaljujemo vam što ste popunili ovaj upitnik.

Molimo vas da ga vratite osoblju koje je tražilo da odgovorite na ova pitanja.

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

