

Facility:

ADDRESS

**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - MACEDONIAN/МАКЕДОНСКИ**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

**Појаснување**

Следниве десет прашања се околу тоа како сте се чувствувале во **последните четири недели**. За секое прашање заокружете го одговорот кој најдобро го објаснува времетраењето на чувството.

	Никогаш	Многу ретко	Понекогаш	Повеќето од времето	Секогаш
1. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале уморни без никаква причина?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале нервозни?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале многу нервозни така што ништо не можело да ве смири?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале безнадежни?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале растресени или вознемирени?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале многу вознемирени, така што не сте можеле мирно да седите?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале потиштени, разочарани?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Во последните четири недели, колку често сте чувствувале дека се ви е напорно?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале многу тажни, така што ништо не можело да ве развесели?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Во последните четири недели, колку често сте се чувствувале безвредни?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ве молиме свртете ја страницата за да продолжите



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



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 - MACEDONIAN**

Следниве неколку прашања се околу тоа како овие чувства делувале на вас во последните четири недели.

Не треба да одговарате на овие прашања доколку вашиот одговор на сите десет прашања за вашите чувства е “Никогаш”.

<p><b>11.</b> Во последните четири недели, колку денови бевте ПОТПОЛНО НЕСПОСОБНИ за работа, учење или извршување на вашите дневни активности поради овие чувства? ..... (Број на денови)</p>
<p><b>12.</b> (Со исклучок на овие денови), во последните 4 недели, КОЛКУ ДЕНА бевте способни да работите, учите или да ги извршувате вашите дневни активности, но моравте да ја НАМАЛИТЕ работата поради овие чувства? ..... (Број на денови)</p>
<p><b>13.</b> Во последните четири недели, колку често сте посетиле доктор или друго здравствено лице поради овие чувства? ..... (Број на консултации)</p>
<p><b>14.</b> Во последните четири недели, колку физичките здравствени проблеми ви биле основна причина за овие чувства?</p> <p style="text-align: right;">         Никогаш <input type="radio"/>          Многу ретко <input type="radio"/>          Понекогаш <input type="radio"/>          Повеќето од времето <input type="radio"/>          Секогаш <input type="radio"/> </p>

**Ви благодариме за пополнувањето на прашалников.**

Ве молиме да го вратите на лицето кое ве замоли да го пополните.

Consumer signature: .....

Date: .....

**For Care Planning Purposes:**

K10 score

Staff comments: .....

.....

.....

.....

Staff name:                      Signature:                      Designation:                      Date:

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

