



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 - ENGLISH**

**Յրահանգներ**

Յետևեալ տասը հարցումները հարց կու տան ձեզի թե ի՞նչպես կ'զգայիք **վերջին չորս շաբաթներու** ընթացքին: Իւրաքանչիւր հարցումի համար նշել շրջանակը այն տարբերակին որը լաւագոյնս կը նկարագրէ ձեր այդպէս զգացած ժամանակը:

	Երբեք	Երբեմն	Երբեմն	Մեծ մասամբ	Միշտ
1. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ յոգնած զգացիք առանց որեւէ բանաւոր պատճառի:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ ջղային զգացիք	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ զգացիք այնքան ջղայնացած որ ոչինչ կարող էր ձեզ հանդարտեցնել:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ յուսահատ զգացիք:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ անհանդարտ կամ անհանգիստ զգացիք:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ զգացիք այնքան անհանդարտ որ չէիք կրնար հանդարտ նստիլ:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ ընկճուած զգացիք:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ զգացիք որ ամէն ինչ ջանք էր:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ զգացիք այնքան տխուր որ <b>ՈՉԻՆՔ ԿՐՆԱՐ ՁԵՉ ՈՒՐԱՆԱՅՆԵԼ:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, մտաւորապէս ո՞րքան յաճախ դուք ձեզ անարժէք զգացիք:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Կը ինդիքներ դարձնել էջը շարունակելու համար



SMR060934

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

NH700477 280120

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - ENGLISH

SMR060.934



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE  FEMALE

D.O.B. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

M.O.

ADDRESS

**SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - ENGLISH**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

Յաջորդ մի քանի հարցումները այն մասին են թե՛ վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին այս զգացումները ի՞նչպես կրնան ազդած ըլլալ ձեր վրայ:

Եթե ձեր զգացումներուն մասին բոլոր տասը հարցումներուն «Ո՛չ մէկ ժամանակ» պատասխանեցիք, անհրաժեշտ չէ պատասխանել այս հարցումներուն:

11. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, այս զգացումներուն պատճառով, քանի՞ օր ԲՈՆՈՐՈՎԻՆ ԱՆԿԱՐՈՂ եղած էք աշխատելու, ուսանելու կամ ձեր առօրեայ աշխատանքները կատարելու:	_____ (Օրերու թիւը)
12. (Բացի այդ օրերէն) վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին ԶԱՆԻ՞ ՕՐԵՐ՝ կարողացաք աշխատիլ, կամ ուսանիլ, կամ կատարել ձեր առօրեայ աշխատանքները, բայց ստիպուած էիք ԿՐՃԱՏԵԼ ձեր ընելիքը՝ այս զգացումներուն պատճառով:	_____ (Օրերու թիւը)
13. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, այս զգացումներուն մասին, քանի՞ անգամ տեսած էք բժիշկ մը կամ ուրիշ այլ առողջութեան մասնագետ մը:	_____ (խորհրդակցութիւններու թիւը)
14. Վերջին չորս շաբաթներու ընթացքին, որքա՞ն յաճախ ֆիզիքական առողջութեան խնդիրներ եղած են այս զգացումներուն գլխաւոր պատճառը:	<p>Երբեք <input type="radio"/></p> <p>Երբեմն <input type="radio"/></p> <p>Երբեմն <input type="radio"/></p> <p>Մեծ մասամբ <input type="radio"/></p> <p>Միշտ <input type="radio"/></p>

**Շնորհակալութիւն այս հարցարանը լրացնելու համար**

Կը խնդրենք ստորեւ ստորագրել եւ վերադարձնել աշխատակազմի այն անդամին որ ձեզմէ խնդրեց լրացնել հարցարանը:

Սպառնողի ստորագրութիւն.: \_\_\_\_\_

Թուական: \_\_\_\_\_

**For Care Planning Purposes:**

K10 score

Staff comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staff name:

Signature:

Designation:

Date:

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

