

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

Nome do paciente: _____

Data de aplicação do instrumento: _____

Possui diagnóstico de depressão? [] Não [] Não sabe [] Sim. Desde quando? _____

Já encontra-se em tratamento da depressão: [] Não [] Sim. Tempo de tratamento: _____

Tratamento atual para depressão: _____

Tratamentos prévios para depressão: _____

PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2*	3*
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2*	3*
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2*	3*
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2*	3*
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2*	3*
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2*	3*
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2*	3*
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2*	3*
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1*	2*	3*
FOR OFFICE CODING 0 + _____* + _____* + _____* = Total Score: _____*				

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

[] Nenhuma
dificuldade

[] Alguma
dificuldade

[] Muita
dificuldade

[] Extrema
dificuldade

