

<b>QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - 9</b> <span style="float: right;">72883</span> <b>(Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)</b>				
<b>THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.</b>				
Were data collected? <b>No</b> <input type="checkbox"/> (provide reason in comments) If <b>Yes</b> , data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">DD-Mon-YYYY</div>				
<i>Comments:</i>				
<b>Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.</b>				
<b>Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?</b>	<b>Nenhu- ma vez</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais da metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>
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
<div style="text-align: right; font-size: small;"> <b>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</b>            _____ + _____ + _____ + _____  <b>=Total Score: _____</b> </div>				
<b>Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</b>				
<b>Nenhuma dificuldade</b> <input type="checkbox"/>	<b>Alguma dificuldade</b> <input type="checkbox"/>	<b>Muita dificuldade</b> <input type="checkbox"/>	<b>Extrema dificuldade</b> <input type="checkbox"/>	
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EPI0905.PHQ9P				
<b>Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.</b>	Iniciais do/a paciente: _____	Data: _____		