

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

