

## QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)

### ***THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.***

Questionnaire completed on visit date  or specify date completed: \_\_\_\_\_

DD-Mon-YYYY

***Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.***

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNĄ ODPOWIEDŹ, KTÓRA NAJLEPIEJ OPISUJE PANA/PANIĄ W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI.**

**1. Zасыpianie:**

- 0 Nigdy nie potrzebuję więcej niż 30 minut, aby zasnąć.
- 1 Rzadziej niż w połowie przypadków potrzebuję co najmniej 30 minut, aby zasnąć.
- 2 Częściej niż w połowie przypadków potrzebuję co najmniej 30 minut, aby zasnąć.
- 3 Częściej niż w połowie przypadków potrzebuję więcej niż 60 minut, aby zasnąć.

**2. Sen podczas nocy:**

- 0 Nie budzę się w nocy.
- 1 Mam niespokojny, lekki sen i przebudzam się na krótko kilka razy każdej nocy.
- 2 Budzę się co najmniej raz w nocy, lecz łatwo znowu zasypiam.
- 3 Częściej niż w połowie przypadków budzę się częściej niż raz w nocy i nie śpię 20 minut lub dłużej.

**3. Zbyt wczesne budzenie się:**

- 0 Najczęściej budzę się nie więcej niż 30 minut przed czasem, kiedy muszę wstać.
- 1 Częściej niż w połowie przypadków budzę się więcej niż 30 minut przed czasem.
- 2 Prawie zawsze budzę się co najmniej godzinę wcześniej niż muszę, lecz ostatecznie jestem w stanie znowu zasnąć.
- 3 Budzę się co najmniej godzinę wcześniej niż muszę i nie jestem w stanie znowu zasnąć.

**4. Za dużo snu:**

- 0 Śpię nie więcej niż 7-8 godzin w ciągu nocy, bez drzemek w ciągu dnia.
- 1 Śpię nie więcej niż 10 godzin na dobę, włączając w to drzemki.
- 2 Śpię nie więcej niż 12 godzin na dobę, włączając w to drzemki.
- 3 Śpię więcej niż 12 godzin na dobę, włączając w to drzemki.

**5. Uczucie smutku:**

- 0 Nie czuję się smutny/smutna.
- 1 Czuję się smutny/smutna mniej niż połowę czasu.
- 2 Czuję się smutny/smutna więcej niż połowę czasu.
- 3 Czuję się smutny/smutna prawie cały czas.

## QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)

PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNĄ ODPOWIEDŹ, KTÓRA NAJLEPIEJ OPISUJE PANA/PANIĄ W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI.

Proszę wypełnić albo punkt 6 albo 7 (nie oba)

### 6. Zmniejszony apetyt:

- 0 Mój zwykły apetyt nie zmienił się.
- 1 Jem trochę rzadziej lub mniej niż zwykle.
- 2 Jem znacznie mniej niż zwykle i tylko, gdy się zmuszam.
- 3 Rzadko jadam w ciągu doby i tylko, gdy się bardzo zmuszę lub gdy inni namówią mnie do jedzenia.

### 7. Zwiększony apetyt:

- 0 Mój zwykły apetyt nie zmienił się.
- 1 Czuję potrzebę jedzenia częściej niż zwykle.
- 2 Regularnie jem częściej i/lub większe ilości jedzenia niż zwykle.
- 3 Czuję potrzebę objadania się zarówno w czasie posiłków, jak i między nimi.

Proszę wypełnić albo punkt 8 albo 9 (nie oba)

### 8. Spadek wagi (w ciągu ostatnich dwóch tygodni):

- 0 Moja waga nie zmieniła się.
- 1 Czuję, jakbym trochę schudł/schudła.
- 2 Schudłem/schudłam 1-2 kilogramy.
- 3 Schudłem/schudłam 2 kilogramy lub więcej.

### 9. Przyrost wagi (w ciągu ostatnich dwóch tygodni):

- 0 Moja waga nie zmieniła się.
- 1 Czuję, jakbym trochę przytył/przytyła.
- 2 Przytyłem/przytyłam 1-2 kilogramy.
- 3 Przytyłem/przytyłam 2 kilogramy lub więcej.

### 10. Koncentracja/podejmowanie decyzji:

- 0 Moja zwykła zdolność koncentracji lub podejmowania decyzji nie zmieniła się.
- 1 Czasami czuję się niezdecydowany/niezdecydowana lub zauważam, że moja uwaga rozprasza się.
- 2 Większość czasu usilnie staram się skupić uwagę lub podjąć decyzję.
- 3 Nie mogę się skoncentrować na tyle, żeby czytać lub nie potrafię podjąć nawet niewielkich decyzji.

### 11. Opinia o sobie:

- 0 Uważam siebie za osobę tak samo wartościową i zasługującą na uwagę jak inni ludzie.
- 1 Obwiniam siebie bardziej niż zwykle.
- 2 Mocno wierzę, że stwarzam innym problemy.
- 3 Prawie ciągle myślę o swoich większych lub mniejszych wadach.

### 12. Myślenie o swojej śmierci lub samobójstwie:

- 0 Nie myślę o samobójstwie lub swojej śmierci.
- 1 Czuję, że życie jest puste lub zastanawiam się, czy warto żyć.
- 2 Myślę o samobójstwie lub swojej śmierci kilka razy w tygodniu przez kilka minut.
- 3 Myślę o samobójstwie lub swojej śmierci dość szczegółowo kilka razy dziennie lub poczyniłem/poczyniłam pewne plany dotyczące samobójstwa lub też próbowałem/próbowałam już odebrać sobie życie.

## QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ JEDNĄ ODPOWIEDŹ, KTÓRA NAJLEPIEJ OPISUJE PANA/PANIĄ W CIĄGU OSTATNICH 7 DNI.**

### 13. Ogólne zainteresowanie:

- 0 Nie zmieniło się moje zwykłe zainteresowanie ludźmi lub zajęciami.
- 1 Zauważyłem/zauważyłam, że jestem mniej zainteresowany/zainteresowana ludźmi lub zajęciami.
- 2 Zauważyłem/zauważyłam, że interesuję się tylko jednym lub dwoma z moich poprzednich zajęć.
- 3 Praktycznie nie jestem zainteresowany/zainteresowana poprzednimi zajęciami.

### 14. Poziom energii:

- 0 Mój zwykły poziom energii nie zmienił się.
- 1 Męczę się łatwiej niż zwykle.
- 2 Muszę wkładać duży wysiłek, aby zacząć lub zakończyć zwykłe codzienne czynności (np. zakupy, prace domowe, gotowanie, pójście do pracy).
- 3 Naprawdę nie mogę wykonywać większości moich codziennych czynności po prostu dlatego, że nie mam energii.

### 15. Uczucie spowolnienia:

- 0 Myślę, mówię i ruszam się tak samo szybko, jak zawsze.
- 1 Zauważyłem/zauważyłam, że myślę wolniej lub mój głos brzmi głucho lub monotonicznie.
- 2 Potrzebuję kilku sekund, żeby odpowiedzieć na większość pytań i jestem pewny/pewna, że moje myślenie jest często spowolnione.
- 3 Często nie jestem w stanie odpowiedzieć na pytanie bez ogromnego wysiłku.

### 16. Uczucie niepokoju:

- 0 Nie czuję się niespokojny/niespokojna.
- 1 Często jestem niespokojny/niespokojna, wykręcam swoje dłonie lub muszę zmieniać pozycję siedzenia.
- 2 Mam potrzebę poruszania się i jestem dość niespokojny/niespokojna.
- 3 Czasami nie jestem w stanie siedzieć i muszę chodzić naokoło.

*Rush et al, Biol Psychiatry (2003) 54: 573-83.*

**Potwierdzam dokładność podanych  
przez mnie informacji.**

Inicjały pacjenta/osoby badanej:

Data:

## QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SCORE SHEET)

**NOTE: THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE STUDY PERSONNEL ONLY.**

- \_\_\_\_\_ Enter the highest score on any 1 of the 4 sleep items (1-4)
- \_\_\_\_\_ Item 5
- \_\_\_\_\_ Enter the highest score on any 1 of the appetite/weight items (6-9)
- \_\_\_\_\_ Item 10
- \_\_\_\_\_ Item 11
- \_\_\_\_\_ Item 12
- \_\_\_\_\_ Item 13
- \_\_\_\_\_ Item 14
- \_\_\_\_\_ Enter the highest score on either of the 2 psychomotor items (15 and 16)
- \_\_\_\_\_ **Total Score (Range: 0-27)**

*Rush et al, Biol Psychiatry (2003) 54: 573-83.*