

Major (ICD-10) Depression

Frågeformulär

Hur har du känt Dig de senaste 14 dagarna?

		Hela tiden	Större delen av	Drygt halva tiden	Knappt halva tiden	Mindre del av tiden	Inte alls
1.	Har Du känt dig ledsen och nere?						
2.	Har Du saknat intresset för Dina dagliga sysslor?						
3.	Har Du saknat kraft och energi?						
4.	Har Du känt minskat självförtroende?						
5.	Har Du haft dåligt samvete eller skuld känslor?						
6.	Har Du känt att livet inte är värd att leva?						
7.	Har Du haft besvär med att koncentrera Dig, när Du t.ex. läst tidning eller sett på TV?						
8a.	Har Du känt Dig rastlös?						
8b.	Har Du känt Dig mer tyst?						
9.	Har Du haft besvär med att sova på natten?						
10a.	Har Du haft nedsatt aptit?						
10b.	Har Du haft ökad aptit?						

Namn: _____

Datum: _____