

الأسئلة التالية تهدف إلى التعرف على شعورك خلال الأسبوعين الماضيين. نرجوا التكرم بوضع إشارة حول الوصف الأقرب لشعورك.

	كم من الوقت ...						
		طوال الوقت	أغلب الوقت	أكثر من نصف الوقت بقليل	أقل من نصف الوقت بقليل	بعض الأحيان	لم يحدث في أي وقت
1	هل شعرت بهبوط روحك المعنوية أو شعرت بالحزن؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	هل فقدت الرغبة في ممارسة النشاطات اليومية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	هل شعرت بنقص في الطاقة أو القوة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	هل شعرت بهبوط مستوى ثقتك في نفسك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	هل شعرت بتأنيب الضمير أو بالذنب؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	هل شعرت أن الحياة لا تستحق العيش فيها؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	هل عانيت من صعوبة التركيز مثلا خلال قراءة الجريدة أو مشاهدة التلفزيون؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	هل شعرت بالاضطراب او القلق الشديد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8ب	هل شعرت بالكبت أو الخمول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	هل عانيت من مشاكل بالنوم في الليل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	هل عانيت من ضعف الشهية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10ب	هل عانيت من إفراط الشهية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

التاريخ: .....

الأسم: .....