Lumina Measures

PHQ-A

Patient Health Questionnaire - Adolescent Version

Versão brasileira Prodia · 9 sintomas e complemento funcional

Nome _____

Data _____

Nos últimos 7 DIAS, com que frequência você se incomodou com qualquer um dos seguintes problemas? Para cada item marque com um X a resposta que melhor descreve como você tem se sentido.

		Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1	Sentiu-se "para baixo", deprimido(a), irritado(a) ou sem perspectiva?	☐	☐	☐	☐
2	Teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	☐	☐	☐	☐
3	Teve dificuldades para pegar no sono, permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	☐	☐	☐	☐
4	Teve falta de apetite, perdeu peso ou comeu demais?	☐	☐	☐	☐
5	Sentiu-se cansado(a) ou com pouca energia?	☐	☐	☐	☐
6	Sentiu-se mal consigo mesmo(a) – ou achou que é um fracasso, ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)?	☐	☐	☐	☐
7	Teve dificuldade para estudar, ler ou ver televisão?	☐	☐	☐	☐
8	Esteve lento(a) para se movimentar ou falar ao ponto de outras pessoas perceberem? Ou, ao contrário, esteve tão agitado(a) ou inquieto(a) que você ficou andando de um lado para o outro muito mais do que de costume?	☐	☐	☐	☐
9	Pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?	☐	☐	☐	☐

10 Se você assinalou qualquer um dos problemas acima, até que ponto eles dificultam sua capacidade de fazer atividades escolares, de trabalhar, de cuidar da casa ou de conviver com outras pessoas?

☐ Nada ☐ Um Pouco ☐ Muito ☐ Demais

Traduzido e adaptado do original pela equipe do Programa de Depressão na Infância e na Adolescência (Prodia) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Referências

Patient Health Questionnaire - Adolescent Version. Versão brasileira Prodia · 9 sintomas e complemento funcional. Formulário da versão apresentada.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Severity Measure for Depression - Child Age 11 to 17. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. Disponível em: https://www.psychiatry.org/getmedia/ade87498-9ead-40b5-b896-6b979f51d361/APA-DSM5TR-Level2DepressionChildAge11To17.pdf.

AIDS EDUCATION AND TRAINING CENTER PROGRAM. Patient Health Questionnaire-Modified for Teens. 2016. Disponível em: https://aidsetc.org/sites/default/files/resources_files/PHQ-A_English.pdf.