

MOOD MODULE

MAJOR DEPRESSION

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες είχατε κανένα από τα παρακάτω προβλήματα σχεδόν κάθε μέρα;

- | | | |
|---|------------|-----------|
| 1. Δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος, διακόπτεται ο ύπνος σας ή κοιμάστε πολύ; | Yes | No |
| 2. Αισθανόσασταν κουρασμένος ή είχατε λίγη ενεργητικότητα; | Yes | No |
| 3. Ανορεξία ή τρώγατε πολύ; | Yes | No |
| 4. Λίγο ενδιαφέρον ή ελάχιστη ευχαρίστηση στο να κάνετε διάφορα πράγματα; | Yes | No |
| 5. Στενοχώρια, θλίψη, ή απελπισία; | Yes | No |
| 6. Νοιώθατε άσχημα για τον εαυτό σας - ή ότι είστε αποτυχημένος ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας; | Yes | No |
| 7. Πρόβλημα αυτοσυγκέντρωσης για παράδειγμα να διαβάζετε εφημερίδα ή να παρακολουθείτε τηλεόραση; | Yes | No |
| 8. Είσασταν τόσο νευρικός ή ανήσυχος ώστε κινιόσασταν περισσότερο απ' ότι συνήθως;
If No: Μήπως συμβαίνει το αντίθετο - κινιόσασταν ή μιλούσατε τόσο αργά ώστε οι άλλοι το παρατήρησαν;
Count as Yes if Yes to either question, or if psychomotor agitation or retardation observed during interview. | Yes | No |
| 9. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, είχατε τίποτε σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να πεθάνετε ή να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο;
If Yes: Μιλήστε μου γι αυτό. | Yes | No |
| 10. Are answers to five or more of #1 to #9 Yes (one of which is #4 or #5)? | Yes | No |

Major Depressive Disorder
Go to #12

PARTIAL REMISSION OF MAJOR DEPRESSION

11. Ύπήρξε ποτέ κάποιο χρονικό διάστημα που αισθανθήκατε πιο πολύ στενοχωρημένος ή νοιώσατε πιο πολύ κατάθλιψη, ή λιγότερο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνετε διάφορα πράγματα;

If Yes: Είχατε τότε πολλά από τα προβλήματα που μόλις σας ζήτησα να μου πείτε, όπως πρόβλημα με τον ύπνο σας, με την αυτοσυγκέντρωση, αισθανόσαστε κουρασμένος, δεν είχατε όρεξη, ή είχατε ελάχιστο ενδιαφέρον σε ό,τι κάνατε;

Count as Yes only if, in the past, patient probably had five of symptoms #1 to #9 and acknowledges some current depressed mood or little interest or pleasure.

Yes —

<i>Partial Remission of Major Depressive Disorder</i>

 No

DYSTHYMIA

12. Στα τελευταία 2 χρόνια, αισθανθήκατε ποτέ άσχημα, ή λίγο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση να κάνετε διάφορα πράγματα;

Count as Yes only if also Yes to: Συνέβηκε αυτό περισσότερο από τις μισές μέρες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 χρόνων;

Yes No —

Go to #14

13. Τα δύο τελευταία χρόνια, αυτό σας έχει δυσκολέψει να κάνετε τη δουλειά σας, να φροντίζετε τα πράγματα στο σπίτι, ή να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα;

Yes —

<i>Dysthymia</i>
Go to #16

 No

MINOR DEPRESSION

14. **Was Major Depression (including partial remission) diagnosed at #10 or #11?**

Yes —

Go to #16

 No

15. **Are answers to two or more of #1 to #9 Yes (one of which is #4 or #5)?**

Yes —

<i>Minor Depressive Disorder</i>
--

 No —

EXIT

BIPOLAR

16. Σας είπε ποτέ γιατρός ότι πάσχετε από μανιακή κατάθλιψη ή σας έδωσε λίθιο;

If Yes: Πότε έγινε αυτό; Ξέρετε γιατί;

Yes —

<i>Add R/O Bipolar Disorder</i>

 No

DEPRESSION DUE TO PHYSICAL DISORDER, MEDICATION, OR OTHER DRUG

17. **Are current depressed symptoms probably due to the biological effects of a physical disorder, medication, or other drug?**

Yes —

<i>Add R/O Depressive Disorder Due to Physical Disorder, Medication, or other Drug</i>
--

 No —

EXIT

Not Sure —

EXIT

ANXIETY MODULE

PANIC

If patient Questionnaire #21 (anxiety attack) checked No, go to #33.

-
18. Αναφέρατε ότι είχατε κρούσμα άγχους αυτόν τον μήνα. **Yes** **No** Go to #33
Έχει ξαναγίνει αυτό πριν;
19. Το κρούσμα άγχους έρχεται μερικές φορές απρόβλεπτα; **Yes** **No** Go to #33
If unclear: Σε περιπτώσεις που δεν περιμένατε να νιώσετε άγχος ή ανησυχία;
20. Ανησυχείτε πολύ μήπως σας συμβεί και άλλο κρούσμα άγχους ή ανησυχείτε ότι έχετε κάποιο πρόβλημα; **Yes** **No** Go to #33
Count Yes if ever present.

Σκεφτείτε το τελευταίο πολύ σοβαρό κρούσμα που είχατε.

Go to #32 as soon as you have checked four symptoms that occurred during the patient's last bad attack.

21. Είχατε δύσπνοια
22. Η καρδιά σας, χτυπούσε πιο γρήγορα, πιο δυνατά ή έχασε το ρυθμό της;
23. Είχατε πόνο στο στήθος ή σφίξιμο
24. Ιδρώσατε;
25. Νοιώσατε ότι πιγόσασταν
26. Νοιώσατε εξάψεις ή ρίγος;
27. Είχατε αναγούλα ή αδιαθεσία στο στομάχι, ή την αίσθηση ότι επρόκειτο να έχετε διάρροια;
28. Αισθανθήκατε ζαλισμένος, έλλειψη ισορροπίας, ή λιποθυμία;
29. Είχατε μηρηγγιασμα ή μούδιασμα σε μέρος του σώματός σας;
30. Είχατε τρεμούλα ή σωματική ταραχή;
31. Φοβηθήκατε ότι θα πεθάνετε;

32. **Are four or more of #21 to #31 checked?**

Yes

Panic Disorder

No

Anxiety Disorder NOS

GENERALIZED ANXIETY

33. Νοιώθατε ανησυχία, άγχος, ή νευρικότητα για περισσότερες από τις μισές μέρες τον περασμένο μήνα;

Yes

No

Go to #44

Τον περασμένο μήνα, σας ενόχλησε συχνά κάποιο απ' τα ακόλουθα προβλήματα;

34. Νοιώσατε ανησυχία ώστε δυσκολευόσασταν να καθήσετε ήρεμα;

36. Ενταση μυών, γενικοί ή συγκεκρι μένοι πόνοι;

38. Δυσκολευόσασταν να αυτοσυγκεντρώεστε για παράδειγμα να διαβάζετε εφημερίδα ή να παρακολουθείτε τηλεόραση;

35. Κουραζόσασταν πολύ εύκολα;

37. Δυσκολευόσασταν να σας πάρει ο ύπνος ή διακόπτονταν ο ύπνος σας;

39. Ενοχλείστε ή ερεθίζεστε εύκολα;

40. **Are three or more of #34 to #39 checked?**

Yes

No

Go to #44

41. Τον τελευταίο μήνα, τα προβλήματα αυτά σας δυσκόλεψαν στη δουλειά σας, στη φροντίδα του σπιτιού ή στη συναναστροφή με άλλα άτομα;

Yes

No

Anxiety Disorder NOS
Go to #45

42. Τους τελευταίους 6 μήνες, στενοχωριόσασταν πολύ για διάφορα πράγματα;

Count as Yes only if Yes to: Συμβαίνει αυτό για περισσότερες από τις μισές ημέρες τους τελευταίους 6 μήνες;

Yes

No

Anxiety Disorder NOS
Go to #45

43. Όταν στενοχωριέστε έτσι, διαπιστώνετε ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε τη στενοχώρια;

Yes

No

Generalized Anxiety Disorder
Go to #45

Anxiety Disorder NOS
Go to #45

44. **Has Panic Disorder or Anxiety Disorder NOS been diagnosed?**

Yes

No

EXIT

ANXIETY DUE TO PHYSICAL DISORDER, MEDICATION, OR OTHER DRUG

45. **Are current anxiety symptoms probably due to the biological effects of a physical disorder, medication, or other drug?**

Yes

No

Add R/O Anxiety Disorder Due to Physical Disorder, Medication, or Other Drug
EXIT

Not Sure
EXIT

EXIT

ALCOHOL MODULE

ALCOHOL ABUSE/DEPENDENCE

Section A

Στο ερωτηματολόγιο είπατε ότι...

- If Patient Questionnaire #22 checked Yes:...** σκεφτήκατε ότι θα πρέπει να μειώσετε την ποσότητα που πίνετε.
Γιατί;
- If Patient Questionnaire #23 checked Yes:...** κάποιος παραπονέθηκε που πίνετε.
Ποιός; Γιατί;
- If Patient Questionnaire #24 checked Yes:...** αισθανθήκατε ένοχα ή άσχημα που πίνετε.
Γιατί;
- If Patient Questionnaire #25 checked Yes:...** ήπιατε πέντε ή περισσότερα ποτά σε μια μέρα τον περασμένο μήνα. Πόσο συχνά πίνετε τόσο πολύ στους περασμένους 6 μήνες;
Σας έχει προκαλέσει αυτό προβλήματα;

Section B

Assess #46 to #50 by any of the following: 1) asking the patient each question; 2) considering the responses given above; or 3) considering other information known about the patient, such as information obtained by a family member.

46. Σας έχει ποτέ συστήσει κανένας γιατρός να σταματήσετε να πίνετε λόγω κάποιου προβλήματος με την υγεία σας;
Count as Yes if has continued to drink in the last 6 months after doctor suggested stopping.
- | | |
|------------|-----------|
| Yes | No |
|------------|-----------|

Σας έχει συμβεί κανένα από τα παρακάτω περισσότερες από μια φορά τους τελευταίους 6 μήνες;

47. Πίνετε, επηρεαστήκατε από το ποτό, ή είχατε αδιαθεσία από το μεθύσι ενώ δουλεύατε, πηγαίνατε στο σχολείο, ή ασχολιόσασταν με άλλες φροντίδες σας;
- | | |
|------------|-----------|
| Yes | No |
|------------|-----------|

48. Χάσατε εργάσιμες ημέρες ή καθυστερήσατε να πάτε στη δουλειά, στο σχολείο ή σε άλλες φροντίδες που είχατε επειδή πίνετε ή είχατε αδιαθεσία μετά το μεθύσι;
- | | |
|------------|-----------|
| Yes | No |
|------------|-----------|

49. Είχατε πρόβλημα να συναναστρέφεστε με άλλα άτομα ενώ πίνετε;
- | | |
|------------|-----------|
| Yes | No |
|------------|-----------|

50. Οδηγήσατε αυτοκίνητο μετά που ήπιατε ή μετά που ήπιατε πολύ;
- | | |
|------------|-----------|
| Yes | No |
|------------|-----------|

51. **Is at least one of #46 to #50 Yes – OR – do responses in Section A indicate patient has probably had a significant problem with alcohol within the past 6 months?**

Yes	<table border="1"><tr><td><i>Probable Alcohol Abuse/Dependence</i></td></tr><tr><td>EXIT</td></tr></table>	<i>Probable Alcohol Abuse/Dependence</i>	EXIT	No	<table border="1"><tr><td>EXIT</td></tr></table>	EXIT
<i>Probable Alcohol Abuse/Dependence</i>						
EXIT						
EXIT						

EATING MODULE

BULIMIA NERVOSA, BINGE EATING

52. Τρώτε συχνά, μέσα σ' ένα διάστημα 2 ωρών, μια ποσότητα φαγητού που οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ασυνήθιστα μεγάλη;
- Yes No- EXIT
53. Όταν τρώτε κατ' αυτόν τον τρόπο, αισθάνεστε συχνά ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τί και πόσο τρώτε;
- Yes No- EXIT
54. Γενικά συνέβαινε αυτό τόσο συχνά, όσο, δύο φορές την εβδομάδα στους περασμένους 3 μήνες;
- Yes No- EXIT
55. Πιέζετε πολλές φορές τον εαυτό σας να κάνει εμετό, ή παίρνετε διπλάσια από την συνιστούμενη δόση καθαρτικών, για να αποφύγετε την απόκτηση βάρους μετά που τρώτε με αυτόν τον τρόπο;
- Yes No- Go to #57
56. Γενικά συνέβαινε αυτό τόσο συχνά, όσο, δύο φορές την εβδομάδα στους περασμένους 3 μήνες;
- Yes

<i>Bulimia Nervosa, Purging Type</i>
EXIT

 No
57. Νηστεύετε συχνά - χωρίς να τρώτε τίποτα για τουλάχιστον 24 ώρες - ή κάνετε εξάσκηση πάνω από μια ώρα συγκεκριμένα να αποφύγετε να βάλετε βάρος μετά που τρώτε με αυτόν τον τρόπο;
- Yes No-

<i>Binge Eating Disorder</i>
EXIT
58. Γενικά συνέβαινε αυτό συχνά, όσο, δύο φορές την εβδομάδα στους περασμένους 3 μήνες;
- Yes

<i>Bulimia Nervosa, Nonpurging Type</i>
EXIT

 No

<i>Binge Eating Disorder</i>
EXIT

SOMATOFORM MODULE

MULTISOMATOFORM

59. Of the physical symptoms checked Yes on the patient Questionnaire (items #1 to #15), are there three or more that are somatoform; ie, that lack a physical explanation adequate to explain their severity and associated disability, despite a reasonable workup?

Yes

No -

Note: If Major Depressive Disorder or Panic Disorder is also present, physical symptoms that are part of the diagnostic criteria for those disorders are not considered somatoform (for example, palpitations or shortness of breath with Panic Disorder and fatigue or insomnia with Major Depression).

60. Has this patient had these or other poorly explained physical symptoms for at least several years?

Yes

No