

MOOD MODULE

MAJOR DEPRESSION

Nelle ultime 2 settimane hai avuto uno dei seguenti problemi quasi ogni giorno?

- | | | |
|---|------------|-----------|
| 1. Non riuscire a prender sonno, non riuscire a dormire o dormire troppo? | Yes | No |
| 2. Stanchezza o poca energia? | Yes | No |
| 3. Poco appetito o mangiare troppo? | Yes | No |
| 4. Scarso interesse o poco piacere nel fare le cose? | Yes | No |
| 5. Giù di morale, depresso o disperato? | Yes | No |
| 6. Hai mai pensato di essere inutile, di essere un fallito o di aver deluso i tuoi famigliari e te stesso? | Yes | No |
| 7. Non riuscire a concentrarti per esempio a leggere il giornale o a guardare la televisione? | Yes | No |
| 8. Essere così agitato o irrequieto da muoverti molto più del solito?
If No: Forse hai fatto il contrario - ti sei mosso o hai parlato così lentamente che lo hanno notato anche gli altri?
Count as Yes if Yes to either question, or if psychomotor agitation or retardation observed during interview. | Yes | No |
| 9. Nelle ultime due settimane ti è passato per la mente che forse sarebbe stato meglio se fossi morto oppure hai pensato di farti del male in qualsiasi modo?
If Yes: Raccontami. | Yes | No |
| 10. Are answers to five or more of #1 to #9 Yes (one of which is #4 or #5)? | Yes | No |

<i>Major Depressive Disorder</i>
Go to #12

PARTIAL REMISSION OF MAJOR DEPRESSION

11. C'è mai stato un periodo in cui ti sei sentito molto più giù di morale o depresso o hai provato meno interesse o meno piacere nel fare le cose?

If Yes: In quel periodo hai avuto molti dei problemi che ti ho chiesto in precedenza, come per esempio: non riuscire a dormire, poca concentrazione, stanchezza, poco appetito, meno interesse nel fare le cose?

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	Partial Remission of Major Depressive Disorder	No
-----	--	----

DYSTHYMIA

12. Negli ultimi 2 anni ti sei sentito spesso giù di morale o depresso o hai avuto poco interesse o poco piacere nel fare le cose?

Count as Yes only if also Yes to: È accaduto più della metà dei giorni, negli ultimi 2 anni?

Yes		No	Go to #14
-----	--	----	--------------

13. Negli ultimi 2 anni a causa di questo ti è riuscito molto difficile, lavorare, fare le faccende di casa o andare d'accordo con gli altri?

Yes	Dysthymia 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	Minor Depressive Disorder	No	EXIT
-----	---------------------------------	----	------

BIPOLAR

16. Un medico ti ha mai detto che soffri di un disturbo maniaco depressivo e ti ha prescritto il litio?

If Yes: Quando è stato? Sai perchè?

Yes	Add R/O Bipolar Disorder	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	Add R/O Depressive Disorder Due to Physical Disorder, Medication, or other Drug	No	EXIT
Not Sure	EXIT		

ANXIETY MODULE

PANIC

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

18. Hai indicato che in questo mese hai avuto un attacco di ansia Ti è mai successo prima? **Yes** **No** **Go to #33**
19. L'attacco di ansia qualche volta ti viene all'improvviso? **Yes** **No** **Go to #33**
If unclear: In una situazione dove non ti aspetteresti di essere agitato o di trovarti a disagio?
20. Hai avuto paura di avere un altro attacco oppure che ci fosse qualcosa che non andasse? **Yes** **No** **Go to #33**
Count Yes if ever present.

Pensa all'attacco peggiore che hai avuto di recente.

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

21. Difficoltà di respirazione? 25. Ti è sembrato di soffocare? 28. Ti sei sentito perdere l'equilibrio, girar la testa, o svenire?
22. Ti batteva forte il cuore, avevi il cuore in gola, o il cuore perdeva battiti? 26. Hai avuto brividi o vampate di calore? 29. Hai provato un senso di formicolio o qualche parte del corpo sembra addormentata?
23. Hai avuto un senso di dolore o di oppressione al petto? 27. Hai avuto un senso di nausea, mal di stomaco o come se ti stesse per venire un attacco di diarrea? 30. Hai avuto tremiti o scosse?
24. Hai sudato? 31. Hai avuto paura che stavi per morire?

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

Yes

Panic Disorder

No

Anxiety Disorder NOS

GENERALIZED ANXIETY

33. Ti sei sentito nervoso, ansioso o teso Yes No Go to #44
più della metà dei giorni del mese scorso?

Nel mese scorso, sei stato spesso preoccupato a causa di uno dei seguenti problemi?

34. Tanto agitato da non riuscire a star fermo? 36. Tensione o dolore muscolari 38. Poca concentrazione es. leggere guardare la TV?

35. Ti sei stancato molto facilmente? 37. Non sei riuscito ad addormentarti o a dormire? 39. Ti sei seccato o irritato facilmente?

40. **Are three or more of #34 to #39 checked?** Yes No Go to #44

41. Nel mese scorso questi problemi, ti hanno reso difficile lavorare, fare le faccende di casa andare d'accordo con le altre persone? Yes No Anxiety Disorder NOS
Go to #45

42. Negli ultimi 6 mesi ti sei preoccupato molto per cose diverse?
Count as Yes only if Yes to: Questo è successo più della metà dei giorni negli ultimi sei mesi? Yes No Anxiety Disorder NOS
Go to #45

43. Quando ti preoccupi in questo modo, trovi che non riesci a smettere? 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 EXIT
Not Sure Add R/O Anxiety Disorder Due to Physical Disorder, Medication, or Other Drug
EXIT

ALCOHOL MODULE

ALCOHOL ABUSE/DEPENDENCE

Section A

Nel questionario avete risposto che...

If Patient Questionnaire #22 checked Yes:...pensavi che dovresti bere di meno.
Perchè?

If Patient Questionnaire #23 checked Yes:... qualcuno si è lamentato perchè bevi troppo.
Chi? Perchè?

If Patient Questionnaire #24 checked Yes:... eri impensierito o ti sei sentito in colpa o turbato per il bere.
Perchè?

If Patient Questionnaire #25 checked Yes:... nel mese scorso hai bevuto 5 bicchieri o più al giorno. Negli ultimi sei mesi quante volte hai bevuto la stessa quantità? Questo ti ha causato problemi?

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. Il medico ti ha mai suggerito che dovresti smettere di bere a causa di problemi di salute? **Yes** **No**

Count as Yes if has continued to drink in the last 6 months after doctor suggested stopping.

Ti sei trovato più di una volta in una delle situazioni seguenti negli ultimi sei mesi?

47. Bevevi, eri sotto l'effetto dell'alcool o ti sentivi male per aver bevuto mentre eri a scuola o al lavoro o mentre facevi un'altra attività? **Yes** **No**

48. Non sei andato a scuola o al lavoro oppure sei arrivato in ritardo perchè bevevi o ti sentivi male per aver bevuto? **Yes** **No**

49. Hai avuto dei disaccordi con gli altri mentre bevevi? **Yes** **No**

50. Hai guidato l'automobile dopo aver bevuto parecchi bicchieri o dopo aver bevuto troppo? **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

Probable Alcohol Abuse/ Dependence
EXIT

No

EXIT

EATING MODULE

BULIMIA NERVOSA, BINGE EATING

- | | | | | | | |
|---|--|--|------|---|------------------------------|------|
| 52. Mangi spesso, nel giro di due ore, una quantità di cibo che molti considererebbero <u>eccessiva</u> ? | Yes | No - EXIT | | | | |
| 53. Quando mangi in questo modo, spesso hai la sensazione di non poter controllare <u>che cosa</u> mangi o <u>quanto mangi</u> ? | Yes | No - EXIT | | | | |
| 54. Questo è successo in media due volte alla settimana negli ultimi tre mesi? | Yes | No - EXIT | | | | |
| 55. Dopo aver mangiato in questo modo ti sforzi a vomitare oppure prendi una doppia dose di lassativi per non aumentare di peso? | Yes | No - Go to #57 | | | | |
| 56. Questo è successo in media due volte alla settimana negli ultimi tre mesi? | Yes - | No | | | | |
| | <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 80px;"> <tr> <td><i>Bulimia Nervosa, Purging Type</i></td> </tr> <tr> <td>EXIT</td> </tr> </table> | <i>Bulimia Nervosa, Purging Type</i> | EXIT | | | |
| <i>Bulimia Nervosa, Purging Type</i> | | | | | | |
| EXIT | | | | | | |
| 57. Digiuni spesso - non mangi niente per almeno 24 ore – o fai esercizio fisico per più di un'ora specificamente per non aumentare di peso, dopo aver mangiato in questo modo? | Yes | No - Binge Eating Disorder
EXIT | | | | |
| 58. Questo è successo in media due volte alla settimana negli ultimi tre mesi? | Yes - | No | | | | |
| | <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 80px;"> <tr> <td><i>Bulimia Nervosa, Nonpurging Type</i></td> </tr> <tr> <td>EXIT</td> </tr> </table> | <i>Bulimia Nervosa, Nonpurging Type</i> | EXIT | <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 80px;"> <tr> <td><i>Binge Eating Disorder</i></td> </tr> <tr> <td>EXIT</td> </tr> </table> | <i>Binge Eating Disorder</i> | EXIT |
| <i>Bulimia Nervosa, Nonpurging Type</i> | | | | | | |
| EXIT | | | | | | |
| <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

EXIT

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

Multisomatoform Disorder

No

Somatoform Disorder NOS