

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9) + 3

Lista de los Nueve Síntomas para Revisión de la Depresión

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha: _____

¿En las últimas dos semanas, con qué frecuencia ha experimentado los siguientes síntomas?

PREGUNTAS	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Conteste las preguntas 1-9 inicialmente y después todos los Puntos de Decisión Crítica (PDC)	0	1	2	3
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	0	0	0
2. Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanza	0	0	0	0
3. Tener problemas para dormir, mantenerse dormido o dormir demasiado	0	0	0	0
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	0	0	0
5. Poco apetito o comiendo demasiado	0	0	0	0
6. Sentir falta de amor propio o pensar que es un fracaso o fallarle a usted mismo o a su familia	0	0	0	0
7. Tener dificultad en concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	0	0	0
8. El moverse o hablar tan despacio que otras personas a su alrededor se dan cuenta; o todo lo contrario, que cuando está nervioso/a o inquieto/a usted se mueva muchísimo más de lo normal.	0	0	0	0
9. Pensamientos de que pudiera estar mejor muerto o hacerse daño a si mismo. (Si contestó afirmativamente, complete la Evaluación de Riesgo de Suicidio)	0	0	0	0
PHQ-9 Scoring Formula				
# Symptoms	___ X 0 =	___ X 1 =	___ X 2 =	___ X 3 =
Per Category	___ +	___ +	___ +	___ =
			PHQ-9 Total Score:	_____
10. Si contestó afirmativamente a cualquiera de los problemas en el cuestionario, ¿cuánta dificultad le han causado estos problemas en el trabajo, al atender su hogar o llevarse bien con otras personas?				
<input type="checkbox"/> Ninguna Dificultad <input type="checkbox"/> Alguna Dificultad <input type="checkbox"/> Mucha Dificultad <input type="checkbox"/> Muchísima Dificultad				
COMPLETE LAS PREGUNTAS 11 Y 12 SOLAMENTE EN LA VISITA INICIAL				
11. ¿En los últimos dos años, se ha sentido deprimido/a o triste la mayoría de los días, a pesar de sentirse bien en otras ocasiones?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
12. ¿Ha habido un periodo, de al menos cuatro días, en los que se sentía tan feliz, con demasiada energía o tan irritable que se metió en problemas, o su familia o amigos se preocuparon o el médico le dijo que se encontraba en un estado maniaco?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Número de Teléfono: _____ ¿Se puede dejar mensaje? SI or NO Nota: _____				
Medication: _____ Dose: _____ Frequency: _____				
1 st copy to Medical Record			2 nd copy to Initiate Phone Protocol	

PHQ-9 Screening and Diagnosis

PHQ-9 Quick Depression Assessment for Initial Diagnosis:

- If there are at least **4** positive responses in the **“More than half the days”** or **“Nearly every day”** columns (including Questions #1 and #2), consider a **depressive disorder**. **Add scores to determine severity.**
- Consider **Major Depressive Disorder** if there are at least **5** positive responses in the **“More than half the days”** or **“Nearly every day”** columns (one of which is Question #1 or #2).
- Consider **Other Depressive Disorder** if there are **2-4** positive responses in the **“More than half the days”** or **“Nearly every day”** columns (one of which is Question #1 or #2).
- **Functional Assessment: Question #10**

NOTE: Diagnoses of Major Depressive Disorder or Other Depressive Disorder also require impairment of social, occupational, or other important areas of functioning and ruling out normal bereavement, a history of Manic Episode (Bipolar Disorder), and a physical disorder, medication or other drug as the biological cause of the symptoms.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Form Symptoms & Impairment	PHQ-9 Severity	Provisional Diagnosis
1-4 symptoms (not including questions 1 or 2), + functional impairment	<10	Mild or Minimal Depressive Symptoms
2-4 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	10-14	Moderate Depressive Symptoms (Major Depression)*
> 5 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	15-19	Moderate Severe Major Depression
> 5 symptoms including question 1 or 2, + functional impairment	≥ 20	Sever Major Depression

* If symptoms present for > 2 years, chronic depression, or functional impairment is severe, remission with watchful waiting is unlikely. IMMEDIATE active treatment is indicated for Major Depression.

Three (3) Phases of Depression Treatment**	
Acute Phase	Aims at minimizing depressive symptoms – typically first 3- 4 months of therapy
Continuation Phase	Tries to prevent return of symptoms <u>in the current episode</u> – 4-12 months (Repeat PHQ-9 Q 4-6 months).
Maintenance Phase	Tries to prevent return of symptoms <u>within 2 years</u> – 12-24 months
Medication Therapy is recommended for at least 9 months after return to well state.	

** REFERRAL or co-management with mental health specialty clinician if the patient is:

- High Suicide Risk
- Bipolar Disorder
- Inadequate Treatment Response
- Complex Psychosocial Needs
- Other Active Mental Disorder

Adopted from The MacArthur Initiative on Depression and Primary Care at Dartmouth & Duke, Version 9.0 -January 2004.