

Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (MDO)

Imię i nazwisko: _____ Data: _____

Proszę o zaznaczenie odpowiedzi, która najlepiej opisuje Pani/Pana samopoczucie.
Proszę o jak najlepsze odpowiedzenie na każde pytanie.

	Tak	Nie
1. Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że nie czuł(a) się Pan(i) sobą i...		
...czuł(a) się Pan(i) tak dobrze lub w takiej euforii, że inni uważali, że nie jest Pan(i) sobą lub był(a) Pan(i) w takiej euforii, że wdał(a) się w kłopoty z tego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...był(a) Pan(i) tak poirytowany/a, że krzyczał(a) Pan(i) na ludzi lub wdawał(a) się z nimi w kłótnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...czuł(a) się Pan(i) znacznie bardziej pewny/a siebie, niż zwykle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sypiał(a) Pan(i) znacznie mniej niż zwykle, ale nie było to problemem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...był(a) Pan(i) znacznie bardziej rozmowny/a lub mówił(a) szybciej, niż zwykle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...miał(a) Pan(i) natłok myśli lub nie mógł/mogła Pan(i) zwolnić toku myśli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tak łatwo się Pan(i) rozpraszał(a) rzeczami wokoło, że miał(a) Pan(i) problem w koncentracji i kontynuowaniu zadania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...miał(a) Pan(i) znacznie więcej energii niż zazwyczaj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...był(a) Pan(i) znacznie bardziej aktywny/a lub robił(a) znacznie więcej, niż zazwyczaj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...znacznie bardziej udzielał(a) się Pan(i) towarzysko niż zwykle, np. dzwonił(a) Pan(i) do znajomych w środku nocy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...był(a) Pan(i) znacznie bardziej zainteresowany/a seksem niż zazwyczaj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...robił(a) Pan(i) rzeczy nietypowe dla siebie lub takie, które inne osoby uznawały za przesadne, głupie lub ryzykowne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wydawanie pieniędzy przysporzyło Panu/i lub Pana/i rodzinie kłopotów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeśli zaznaczył(a) Pan(i) Tak więcej niż razy powyżej, czy kilka z powyższych objawów kiedykolwiek zdarzyło się w tym samym czasie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Na ile problematyczne były powyższe objawy dla Pana/i funkcjonowania – np. w pracy, w rodzinie, w zarabianiu pieniędzy, w kłopotach z prawem, przy wdawaniu się w kłótnie lub bójki? <i>Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</i>		
<input type="checkbox"/> Bez problemu <input type="checkbox"/> Mały problem <input type="checkbox"/> Średni problem <input type="checkbox"/> Duży problem		
4. Czy któryś z Pana/i krewnych (np. dzieci, rodzeństwo, rodzice, dziadkowie, ciotki, wujkowie) mieli chorobę dwubiegunową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy lekarz kiedykolwiek mówił Panu/i, że ma Pan(i) chorobę dwubiegunową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niniejsze narzędzie przewidziane jest jedynie do celów przesiewowych i nie może być stosowane w diagnostyce.

Jak używać narzędzia?

Wypełnienie kwestionariusza zajmuje mniej niż 5 minut. Pacjenci zaznaczają Tak lub Nie. Ostatnie pytanie dotyczy poziomu zaburzenia funkcjonowania pacjenta. Lekarz, pielęgniarka lub asystent medyczny podlicza następnie punktację w wypełnionym kwestionariuszu

Jak podliczać?

Diagnostyka w kierunku choroby dwubiegunowej konieczna jest, jeśli pacjent odpowiedział:

- Tak na 7 lub więcej punktów w pytaniu 1

ORAZ

- Tak na pytanie 2

ORAZ

- Średni problem lub Duży problem w pytaniu 3.