

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

(Brink TL, yesavage JA, Lum O, screening tests for geriatric depression. Clin Gerontol. 1982, 1:37-43)

Scegliere la risposta che meglio descrive come ci si è sentiti la scorsa settimana.

	Si	No
E' sostanzialmente soddisfatto della vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sospeso molte attività o interessi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente vuota la sua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si annoia spesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha speranza nel futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' infastidito da pensieri di cui non riesce a liberarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' di buon umore la maggior parte del tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha paura che le possa accadere qualcosa di male?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sente felice la maggior parte del tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sente spesso indifeso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' spesso irrequieto ed agitato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preferisce stare a casa invece che uscire a fare cose nuove?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si occupa spesso del futuro rispetto alle altre persone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sembra di avere maggiori problemi di memoria rispetto alle altre persone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa che sia stupendo essere vivi oggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sente spesso scoraggiato e triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sente inutile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si preoccupa molto del passato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trova che la vita sia molto eccitante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le è difficile venire coinvolto in nuovi progetti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sente pieno di energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa che la situazione sia senza speranza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa che la maggior parte della gente stia meglio di Lei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si sente spesso turbato da piccole cose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha spesso voglia di piangere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fa fatica a concentrarsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' contento di alzarsi al mattino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preferisce evitare gli incontri sociali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' facile per Lei prendere delle decisioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Sua mente è limpida come una volta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punteggio totale: _____

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE (iniziali): _____

DATA SOMMINISTRAZIONE: _____