



استمارة MAMI لتقييم الصحة العقلية للأم

معلومات اساسية

اسم مقدم الرعاية الاساسي	رقم بطاقة الهوية	
اسم الرضيع	تاريخ التقييم	___/___/___

على مدار الأسبوعين الماضيين ، كم مرة تضايقت المشكلات التالية؟	لا إطلاقاً	عدة أيام	أكثر من نصف الأيام	تقريباً كل يوم
1. قلة الاهتمام أو المتعة في فعل الأشياء	0	1	2	3
2. الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس؟	0	1	2	3
3. مشكلة في النوم أو البقاء نائماً؟ أو النوم كثيراً؟	0	1	2	3
4. الشعور بالتعب أو قلة الطاقة؟	0	1	2	3
5. ضعف الشهية؟ أو الإفراط في الأكل؟	0	1	2	3
6. الشعور بالسوء تجاه نفسك؟ أم أنك فاشل؟ أو تخذل نفسك أو عائلتك؟	0	1	2	3
7. مشكلة في التركيز على الأشياء ، مثل متابعة محادثة مع الناس؟	0	1	2	3
8. التحرك أو التحدث ببطء شديد بحيث يمكن أن يلاحظ الآخرون الفرق؟ أو أن تكون مضطرباً أو قلقاً لدرجة أنك تتحرك كثيراً أكثر من المعتاد؟	0	1	2	3
9. اعتقدت أنه سيكون من الأفضل لك الموت أو أن تؤذي نفسك بطريقة ما؟	0	1	2	3

إضافة نقاط العمود:				
مجموع نقاط التقييم:				
يمثل	صنف	خطر قليل 0 - 9 : و "لا" للسؤال 9 (أفكار إيذاء النفس)	مجازفة معقولة الى حد ما 10-14 : و "لا"	مخاطرة عالية +15 : و / أو "نعم" للسؤال 9 (أفكار إيذاء النفس)
أخرى- حدد:				

ملاحظات:

العودة إلى استمارة تقييم مامي وتقييم كامل	يمثل
---	------