The Psychiatry Group PLLC

5904 N Division St, Spokane, WA 99208 · (844) 495-4357 · info@psychiatrygroup.com

Required Consents Before Your Questionnaires · Необходимые согласия перед опросниками

Use of HIPAA-Compliant AI Tools · Использование инструментов ИИ (HIPAA)

The Psychiatry Group uses HIPAA-compliant artificial intelligence (AI) tools as part of our normal clinical workflow. These tools may listen during your visit and process the conversation to help create a transcript, prepare a draft clinical note, organize information, or assist with other clinical and administrative work. AI does not replace your provider. AI does not independently diagnose you, prescribe medication, or make treatment decisions. AI can make mistakes; your provider remains responsible for your care and for reviewing the clinical information used to make treatment decisions. Because these tools are an integral part of how our practice provides care, agreeing to their use is required to receive routine care from The Psychiatry Group.

The Psychiatry Group использует инструменты искусственного интеллекта (ИИ), соответствующие требованиям HIPAA, как часть нашего обычного клинического процесса. Эти инструменты могут слушать во время вашего приёма и обрабатывать разговор, чтобы помочь создать расшифровку, подготовить черновик клинической записи, систематизировать информацию или помогать в другой клинической и административной работе. ИИ не заменяет вашего врача. ИИ не ставит диагноз самостоятельно, не назначает лекарства и не принимает решения о лечении. ИИ может допускать ошибки; ваш врач остаётся ответственным за ваше лечение и за проверку клинической информации, используемой для принятия решений. Поскольку эти инструменты являются неотъемлемой частью того, как наша клиника оказывает помощь, согласие на их использование необходимо для получения планового лечения в The Psychiatry Group.

☐ **I understand and agree to the use of HIPAA-compliant AI tools, including ambient listening and processing of my visit.**

☐ **Я понимаю и согласен(на) на использование инструментов ИИ (HIPAA), включая фоновое прослушивание и обработку моего приёма.**

Telehealth Consent · Согласие на телемедицину

Your visits are usually by secure video. At every visit you must tell us where you are physically located. Telehealth is not an emergency service; in a crisis call or text 988, or call 911. Your provider may decide you need an in-person evaluation or a higher level of care.

Ваши приёмы обычно проходят по защищённому видео. На каждом приёме вы должны сообщить, где вы физически находитесь. Телемедицина не является службой экстренной помощи; при кризисе позвоните или напишите на 988, либо позвоните 911. Ваш врач может решить, что вам необходим очный осмотр или более высокий уровень помощи.

☐ **I understand and agree to receive care by telehealth.**

☐ **Я понимаю и согласен(на) получать помощь посредством телемедицины.**

Location at Each Visit · Местонахождение на каждом приёме

I must be physically located in a state where my provider is licensed. I agree to tell the office where I am located before each telehealth visit. If I am outside that area, staff will try to find a provider licensed where I am.

Я должен(на) физически находиться в штате, где мой врач имеет лицензию. Я согласен(на) сообщать клинике, где я нахожусь, перед каждым телемедицинским приёмом. Если я нахожусь за пределами этой зоны, сотрудники постараются найти врача, имеющего лицензию там, где я нахожусь.

☐ **I agree to report my location at each visit.**

☐ **Я согласен(на) сообщать своё местонахождение на каждом приёме.**

Имя пациента / Patient name: _____ Дата рождения / DOB: _____

Подпись / Signature: _____ Дата / Date: _____

Врач может направить рецепты в вашу аптеку, рекомендовать повторные приемы или психотерапию либо попросить сотрудников связаться с вами для записи.

Questions / Вопросы:
(844) 495-4357
(509) 618-0660
info@psychiatrygroup.com
Manager / Менеджер: jennifer.leija@psychiatrygroup.com

Initials / Инициалы: _____

I understand the process for virtual appointments at Psychiatry Group and agree to contact the office at least 48 hours in advance if I need to change my appointment. I understand that I have been provided with the necessary resources to contact the clinic with questions or concerns.

Я понимаю порядок проведения виртуальных приемов в Psychiatry Group и соглашаюсь связаться с клиникой не менее чем за 48 часов, если мне потребуется изменить время приема. Я понимаю, что мне предоставлена необходимая контактная информация для обращения в клинику с вопросами или проблемами.

Initials / Инициалы: _____

E-Signature / Электронная подпись: _____

Date / Дата: _____

PHQ-9 AND GAD-7

PHQ-9 И GAD-7

Date / Дата: _____

Patient First Name / Имя пациента: _____

Patient Middle Name / Второе имя: _____

Patient Last Name / Фамилия пациента: _____

Date of Birth / Дата рождения: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
За последние 2 недели как часто вас беспокоили следующие проблемы?

Response options / Варианты ответа:

0 — Not at all / Совсем нет
1 — Several days / Несколько дней
2 — More than half the days / Более половины дней
3 — Nearly every day / Почти каждый день

PHQ-9

1. Little interest or pleasure in doing things.
   Мало интереса или удовольствия от каких-либо дел.
   Response / Ответ: _____

2. Feeling down, depressed, or hopeless.
   Подавленность, депрессия или чувство безнадежности.
   Response / Ответ: _____

3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much.
   Трудности с засыпанием или поддержанием сна либо чрезмерно продолжительный сон.
   Response / Ответ: _____

4. Feeling tired or having little energy.
   Чувство усталости или недостатка энергии.
   Response / Ответ: _____

5. Poor appetite or overeating.
   Плохой аппетит или переедание.
   Response / Ответ: _____

6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down.
   Плохое мнение о себе — ощущение собственной несостоятельности или того, что вы подвели себя или свою семью.
   Response / Ответ: _____

7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.
   Трудности с концентрацией внимания, например при чтении газеты или просмотре телевизора.
   Response / Ответ: _____

8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed; or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around much more than usual.
   Настолько замедленные движения или речь, что это могли заметить окружающие; либо, наоборот, такая суетливость или беспокойство, что вы двигались значительно больше обычного.
   Response / Ответ: _____

9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.
   Мысли о том, что вам лучше было бы умереть, или о причинении себе какого-либо вреда.
   Response / Ответ: _____

Total Score / Общий балл: _____

If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Если вы отметили какие-либо проблемы, насколько они затруднили вашу работу, выполнение домашних обязанностей или отношения с другими людьми?

[ ] Not difficult at all / Совсем не затрудняли
[ ] Somewhat difficult / Немного затрудняли
[ ] Very difficult / Очень затрудняли
[ ] Extremely difficult / Чрезвычайно затрудняли

GAD-7

1. Feeling nervous, anxious, or on edge.
   Нервозность, тревога или ощущение сильного напряжения.
   Response / Ответ: _____

2. Not being able to stop or control worrying.
   Неспособность прекратить или контролировать беспокойство.
   Response / Ответ: _____

3. Worrying too much about different things.
   Чрезмерное беспокойство по разным поводам.
   Response / Ответ: _____

4. Trouble relaxing.
   Трудности с расслаблением.
   Response / Ответ: _____

5. Being so restless that it is hard to sit still.
   Такое сильное беспокойство, что трудно усидеть на месте.
   Response / Ответ: _____

6. Becoming easily annoyed or irritable.
   Повышенная раздражительность или вспыльчивость.
   Response / Ответ: _____

7. Feeling afraid as if something awful might happen.
   Чувство страха, как будто может произойти что-то ужасное.
   Response / Ответ: _____

Total Score / Общий балл: _____

If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Если вы отметили какие-либо проблемы, насколько они затруднили вашу работу, выполнение домашних обязанностей или отношения с другими людьми?

[ ] Not difficult at all / Совсем не затрудняли
[ ] Somewhat difficult / Немного затрудняли
[ ] Very difficult / Очень затрудняли
[ ] Extremely difficult / Чрезвычайно затрудняли

WHODAS 2.0 — 36-ITEM SELF-ADMINISTERED VERSION

WHODAS 2.0 — ВЕРСИЯ ИЗ 36 ПУНКТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ЗАПОЛНЕНИЯ

Patient First Name / Имя: _____

Patient Middle Name / Второе имя: _____

Patient Last Name / Фамилия: _____

Date of Birth / Дата рождения: _____

Claim Number / Номер страхового дела: _____

Date / Дата: _____

This questionnaire asks about difficulties due to health or mental health conditions. Think back over the past 30 days and indicate how much difficulty you had doing each activity.

В этом опроснике задаются вопросы о трудностях, связанных с физическим или психическим состоянием здоровья. Вспомните последние 30 дней и укажите, насколько трудно вам было выполнять каждое действие.

Response options / Варианты ответа:

None / Нет
Mild / Легкие
Moderate / Умеренные
Severe / Тяжелые
Extreme or cannot do / Крайне тяжелые или не могу выполнить

Understanding and Communicating / Понимание и общение

D1.1 Concentrating on doing something for ten minutes?
Сосредоточиться на выполнении какого-либо действия в течение десяти минут?
Response / Ответ: _____

D1.2 Remembering to do important things?
Помнить о необходимости сделать важные дела?
Response / Ответ: _____

D1.3 Analyzing and finding solutions to problems in day-to-day life?
Анализировать повседневные проблемы и находить их решения?
Response / Ответ: _____

D1.4 Learning a new task, for example, learning how to get to a new place?
Освоить новую задачу, например научиться добираться до нового места?
Response / Ответ: _____

D1.5 Generally understanding what people say?
В целом понимать, что говорят другие люди?
Response / Ответ: _____

D1.6 Starting and maintaining a conversation?
Начинать и поддерживать разговор?
Response / Ответ: _____

Getting Around / Передвижение

D2.1 Standing for long periods, such as 30 minutes?
Стоять длительное время, например 30 минут?
Response / Ответ: _____

D2.2 Standing up from sitting down?
Вставать из положения сидя?
Response / Ответ: _____

D2.3 Moving around inside your home?
Передвигаться внутри дома?
Response / Ответ: _____

D2.4 Getting out of your home?
Выходить из дома?
Response / Ответ: _____

D2.5 Walking a long distance, such as a kilometer or equivalent?
Проходить большое расстояние, например один километр или эквивалентное расстояние?
Response / Ответ: _____

Self-Care / Самообслуживание

D3.1 Washing your whole body?
Мыть все тело?
Response / Ответ: _____

D3.2 Getting dressed?
Одеваться?
Response / Ответ: _____

D3.3 Eating?
Принимать пищу?
Response / Ответ: _____

D3.4 Staying by yourself for a few days?
Оставаться одному/одной в течение нескольких дней?

Response / Ответ: _____

Getting Along With People / Взаимоотношения с людьми

D4.1 Dealing with people you do not know?
Общаться с незнакомыми людьми?
Response / Ответ: _____

D4.2 Maintaining a friendship?
Поддерживать дружеские отношения?
Response / Ответ: _____

D4.3 Getting along with people who are close to you?
Ладить с близкими вам людьми?
Response / Ответ: _____

D4.4 Making new friends?
Заводить новых друзей?
Response / Ответ: _____

D4.5 Sexual activities?
Сексуальная активность?
Response / Ответ: _____

Life Activities — Household / Повседневная деятельность — Домашние обязанности

D5.1 Taking care of your household responsibilities?
Выполнять домашние обязанности?
Response / Ответ: _____

D5.2 Doing your most important household tasks well?
Хорошо выполнять наиболее важные домашние дела?
Response / Ответ: _____

D5.3 Getting all of the household work done that you needed to do?
Выполнять весь необходимый объем домашней работы?
Response / Ответ: _____

D5.4 Getting your household work done as quickly as needed?
Выполнять домашнюю работу настолько быстро, насколько это необходимо?
Response / Ответ: _____

Life Activities — School/Work / Повседневная деятельность — Учеба/Работа

If you work (paid, unpaid, or self-employed) or go to school, complete D5.5–D5.8. Otherwise, skip to D6.1.

Если вы работаете (за плату, бесплатно или на себя) либо учитесь, заполните D5.5–D5.8. В противном случае перейдите к D6.1.

D5.5 Your day-to-day work/school?
Выполнять повседневную работу или учебные обязанности?
Response / Ответ: _____

D5.6 Doing your most important work/school tasks well?
Хорошо выполнять наиболее важные рабочие или учебные задачи?
Response / Ответ: _____

D5.7 Getting all of the work done that you need to do?
Выполнять весь необходимый объем работы или учебных заданий?
Response / Ответ: _____

D5.8 Getting your work done as quickly as needed?
Выполнять работу или учебные задания настолько быстро, насколько требуется?
Response / Ответ: _____

Participation in Society / Участие в общественной жизни

D6.1 How much of a problem did you have joining in community activities in the same way as anyone else can?
Насколько трудно вам было участвовать в общественных мероприятиях наравне с другими людьми?
Response / Ответ: _____

D6.2 How much of a problem did you have because of barriers or hindrances around you?
Насколько серьезные трудности создавали для вас окружающие барьеры или препятствия?
Response / Ответ: _____

D6.3 How much of a problem did you have living with dignity because of the attitudes and actions of others?
Насколько трудно вам было сохранять чувство собственного достоинства из-за отношения и действий окружающих?
Response / Ответ: _____

D6.4 How much time did you spend on your health condition or its consequences?
Сколько времени вы тратили на состояние своего здоровья или связанные с ним последствия?
Response / Ответ: _____

D6.5 How much have you been emotionally affected by your health condition?
Насколько сильно состояние здоровья влияло на вас эмоционально?
Response / Ответ: _____

D6.6 How much has your health been a drain on the financial resources of you or your family?
Насколько сильно состояние вашего здоровья истощало финансовые ресурсы ваши или вашей семьи?
Response / Ответ: _____

D6.7 How much of a problem did your family have because of your health problems?
Насколько серьезные трудности испытывала ваша семья из-за ваших проблем со здоровьем?
Response / Ответ: _____

D6.8 How much of a problem did you have doing things by yourself for relaxation or pleasure?
Насколько трудно вам было самостоятельно заниматься чем-либо для отдыха или удовольствия?
Response / Ответ: _____

PSYCHIATRY INTAKE FORM

АНКЕТА ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРИЕМА

The Psychiatry Group PLLC
5904 N Division St, Spokane, WA 99208
Phone / Телефон: 844-495-4357 OR / ИЛИ 509-324-0444
Fax / Факс: 509-260-4065

Thank you for scheduling your appointment with The Psychiatry Group. We work with injured workers and assist with the diagnosis and treatment of psychiatric conditions to enable them to return to work safely and promptly.