The Psychiatry Group PLLC

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

Required Consents Before Your Questionnaires · Необхідні згоди перед опитувальниками

Use of HIPAA-Compliant AI Tools · Використання інструментів ШІ (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 використовує інструменти штучного інтелекту (ШІ), що відповідають вимогам HIPAA, як частину нашого звичайного клінічного процесу. Ці інструменти можуть слухати під час вашого прийому та обробляти розмову, щоб допомогти створити розшифровку, підготувати чернетку клінічного запису, упорядкувати інформацію або допомагати в іншій клінічній та адміністративній роботі. ШІ не замінює вашого лікаря. ШІ не ставить діагноз самостійно, не призначає ліки та не ухвалює рішень щодо лікування. ШІ може припускатися помилок; ваш лікар залишається відповідальним за ваше лікування та за перевірку клінічної інформації, що використовується для ухвалення рішень. Оскільки ці інструменти є невід'ємною частиною того, як наша клініка надає допомогу, згода на їх використання є обов'язковою для отримання планового лікування 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 розумію та погоджуюся на використання інструментів ШІ (HIPAA), включно з фоновим прослуховуванням та обробкою мого прийому.

Telehealth Consent · Згода 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.

Ваші прийоми зазвичай проходять по захищеному відео. На кожному прийомі ви повинні повідомити, де ви фізично перебуваєте. Телемедицина не є службою екстреної допомоги; у кризовій ситуації зателефонуйте або напишіть на 988, чи зателефонуйте 911. Ваш лікар може вирішити, що вам потрібен очний огляд або вищий рівень допомоги.

☐ I understand and agree to receive care by telehealth.

☐ Я розумію та погоджуюся отримувати допомогу за допомогою телемедицини.

Location at Each Visit · Місцезнаходження на кожному прийомі

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 повинен(на) фізично перебувати в штаті, де мій лікар має ліцензію. Я погоджуюся повідомляти клініці, де я перебуваю, перед кожним телемедичним прийомом. Якщо я перебуваю за межами цієї зони, співробітники спробують знайти лікаря, який має ліцензію там, де я перебуваю.

☐ I agree to report my location at each visit.

☐ Я погоджуюся повідомляти своє місцезнаходження на кожному прийомі.

Ім'я пацієнта / Patient name: _____ Дата народження / DOB: _____

Підпис / Signature: _____ Дата / Date: _____

PHQ-9 — ОПИТУВАЛЬНИК ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА

PHQ-9 — Patient Health Questionnaire

Дата / Date: _____

Ім'я пацієнта / Patient First Name: _____

Друге ім'я / Patient Middle Name: _____

Прізвище / Patient Last Name: _____

Дата народження / Date of Birth: _____

Протягом останніх 2 тижнів як часто вас турбували наведені нижче проблеми?
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

0 — Зовсім ні / *Not at all*
1 — Кілька днів / *Several days*
2 — Більше половини днів / *More than half the days*
3 — Майже щодня / *Nearly every day*

1. **Мало зацікавленості або задоволення від виконання справ.**
   Little interest or pleasure in doing things.
   Відповідь / Response: _____

2. **Почуття пригніченості, депресії або безнадії.**
   Feeling down, depressed, or hopeless.
   Відповідь / Response: _____

3. **Труднощі із засинанням або підтриманням сну чи надмірно тривалий сон.**
   Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much.
   Відповідь / Response: _____

4. **Відчуття втоми або нестачі енергії.**
   Feeling tired or having little energy.
   Відповідь / Response: _____

5. **Поганий апетит або переїдання.**
   Poor appetite or overeating.
   Відповідь / Response: _____

6. **Погана думка про себе — або відчуття, що ви невдаха чи підвели себе або свою сім'ю.**
   Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down.
   Відповідь / Response: _____

7. **Труднощі з концентрацією уваги, наприклад під час читання газети або перегляду телевізора.**
   Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.
   Відповідь / Response: _____

8. **Настільки повільні рухи або мовлення, що це могли помітити інші; або, навпаки, така метушливість чи неспокій, що ви рухалися значно більше, ніж зазвичай.**
   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.
   Відповідь / Response: _____

9. **Думки про те, що вам було б краще померти, або про заподіяння собі шкоди будь-яким способом.**
   Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.
   Відповідь / Response: _____

Загальний бал / Total Score: _____

Якщо ви відзначили будь-які проблеми, наскільки вони ускладнювали вашу роботу, виконання домашніх справ або стосунки з іншими людьми?

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?

[ ] Зовсім не ускладнювали / *Not difficult at all*
[ ] Дещо ускладнювали / *Somewhat difficult*
[ ] Дуже ускладнювали / *Very difficult*
[ ] Надзвичайно ускладнювали / *Extremely difficult*

GAD-7 — ОПИТУВАЛЬНИК ЩОДО ТРИВОГИ

GAD-7 — Generalized Anxiety Disorder Questionnaire

Протягом останніх 2 тижнів як часто вас турбували наведені нижче проблеми?
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?

0 — Зовсім ні / *Not at all*
1 — Кілька днів / *Several days*
2 — Більше половини днів / *More than half the days*
3 — Майже щодня / *Nearly every day*

1. **Відчуття нервозності, тривоги або сильного напруження.**
   Feeling nervous, anxious, or on edge.
   Відповідь / Response: _____

2. **Нездатність зупинити або контролювати хвилювання.**
   Not being able to stop or control worrying.
   Відповідь / Response: _____

3. **Надмірне хвилювання з різних приводів.**
   Worrying too much about different things.
   Відповідь / Response: _____

4. **Труднощі з розслабленням.**
   Trouble relaxing.
   Відповідь / Response: _____

5. **Такий сильний неспокій, що важко всидіти на місці.**
   Being so restless that it is hard to sit still.
   Відповідь / Response: _____

6. **Легка дратівливість або роздратованість.**
   Becoming easily annoyed or irritable.
   Відповідь / Response: _____

7. **Відчуття страху, ніби може статися щось жахливе.**
   Feeling afraid as if something awful might happen.
   Відповідь / Response: _____

Загальний бал / Total Score: _____

WHODAS 2.0 — ВЕРСІЯ З 36 ПУНКТІВ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ЗАПОВНЕННЯ

WHODAS 2.0 — 36-Item Self-Administered Version

Ім'я / Patient First Name: _____

Друге ім'я / Patient Middle Name: _____

Прізвище / Patient Last Name: _____

Дата народження / Date of Birth: _____

Номер страхової справи / Claim Number: _____

Дата / Date: _____

Цей опитувальник стосується труднощів, пов'язаних зі станом фізичного або психічного здоров'я. Стани здоров'я включають захворювання, інші короткочасні або тривалі проблеми зі здоров'ям, травми, психічні або емоційні проблеми та проблеми, пов'язані з алкоголем або наркотиками. Згадайте останні 30 днів та оцініть, наскільки важко вам було виконувати наведені нижче дії.

This questionnaire asks about difficulties due to health/mental health conditions. Health conditions include diseases or illnesses, other short- or long-lasting health problems, injuries, mental or emotional problems, and problems with alcohol or drugs. Think back over the past 30 days and answer based on how much difficulty you had doing the following activities.

Варіанти відповіді / Response Options

Немає труднощів / *None*
Незначні / *Mild*
Помірні / *Moderate*
Значні / *Severe*
Надзвичайні або не можу виконати / *Extreme or cannot do*

Розуміння та спілкування

Understanding and Communicating

D1.1 Зосереджуватися на виконанні чогось протягом десяти хвилин?
Concentrating on doing something for ten minutes?
Відповідь / Response: _____

D1.2 Пам'ятати про необхідність зробити важливі справи?
Remembering to do important things?
Відповідь / Response: _____

D1.3 Аналізувати та знаходити рішення повсякденних проблем?
Analyzing and finding solutions to problems in day-to-day life?
Відповідь / Response: _____

D1.4 Навчатися виконувати нове завдання, наприклад дізнаватися, як дістатися нового місця?
Learning a new task, for example, learning how to get to a new place?
Відповідь / Response: _____

D1.5 Загалом розуміти, що говорять інші люди?
Generally understanding what people say?
Відповідь / Response: _____

D1.6 Починати та підтримувати розмову?
Starting and maintaining a conversation?
Відповідь / Response: _____

Пересування

Getting Around

D2.1 Стояти протягом тривалого часу, наприклад 30 хвилин?
Standing for long periods, such as 30 minutes?
Відповідь / Response: _____

D2.2 Вставати з положення сидячи?
Standing up from sitting down?
Відповідь / Response: _____

D2.3 Пересуватися всередині свого помешкання?
Moving around inside your home?
Відповідь / Response: _____

D2.4 Виходити зі свого помешкання?
Getting out of your home?
Відповідь / Response: _____

D2.5 Проходити пішки велику відстань, наприклад один кілометр або еквівалентну відстань?
Walking a long distance, such as a kilometer or equivalent?
Відповідь / Response: _____

Самообслуговування

Self-Care

D3.1 Мити все тіло?
Washing your whole body?
Відповідь / Response: _____

D3.2 Одягатися?
Getting dressed?
Відповідь / Response: _____

D3.3 Приймати їжу?
Eating?
Відповідь / Response: _____

D3.4 Залишатися самому/самій протягом кількох днів?
Staying by yourself for a few days?
Відповідь / Response: _____

Взаємини з людьми

Getting Along With People

D4.1 Спілкуватися з незнайомими людьми?
Dealing with people you do not know?
Відповідь / Response: _____

D4.2 Підтримувати дружні стосунки?
Maintaining a friendship?
Відповідь / Response: _____

D4.3 Ладнати з близькими вам людьми?
Getting along with people who are close to you?
Відповідь / Response: _____

D4.4 Знаходити нових друзів?
Making new friends?
Відповідь / Response: _____

D4.5 Сексуальна активність?
Sexual activities?
Відповідь / Response: _____

Повсякденна діяльність — Домашні обов'язки

Life Activities — Household

D5.1 Виконувати свої домашні обов'язки?
Taking care of your household responsibilities?
Відповідь / Response: _____

D5.2 Добре виконувати найважливіші домашні справи?
Doing your most important household tasks well?
Відповідь / Response: _____

D5.3 Виконувати всю необхідну домашню роботу?
Getting all of the household work done that you needed to do?
Відповідь / Response: _____

D5.4 Виконувати домашню роботу настільки швидко, наскільки це необхідно?
Getting your household work done as quickly as needed?
Відповідь / Response: _____

Повсякденна діяльність — Навчання/Робота

Life Activities — School/Work

Якщо ви працюєте за оплату, без оплати або на себе чи навчаєтеся, заповніть пункти D5.5–D5.8. В іншому разі перейдіть до D6.1.

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

D5.5 Виконувати повсякденну роботу або навчальні обов'язки?
Your day-to-day work/school?
Відповідь / Response: _____

D5.6 Добре виконувати найважливіші робочі або навчальні завдання?
Doing your most important work/school tasks well?
Відповідь / Response: _____

D5.7 Виконувати весь необхідний обсяг роботи або навчальних завдань?
Getting all of the work done that you need to do?
Відповідь / Response: _____

D5.8 Виконувати роботу настільки швидко, наскільки це необхідно?
Getting your work done as quickly as needed?
Відповідь / Response: _____

Участь у житті суспільства

Participation in Society

D6.1 Наскільки важко вам було брати участь у громадських заходах, наприклад святкуваннях, релігійних чи інших заходах, нарівні з іншими людьми?
How much of a problem did you have joining in community activities, for example festivities, religious, or other activities, in the same way as anyone else can?
Відповідь / Response: _____

D6.2 Наскільки значними були труднощі через бар'єри або перешкоди у вашому оточенні?
How much of a problem did you have because of barriers or hindrances around you?
Відповідь / Response: _____

D6.3 Наскільки важко вам було жити з почуттям власної гідності через ставлення та дії інших людей?
How much of a problem did you have living with dignity because of the attitudes and actions of others?
Відповідь / Response: _____

D6.4 Скільки часу ви витрачали на свій стан здоров'я або його наслідки?
How much time did you spend on your health condition or its consequences?
Відповідь / Response: _____

D6.5 Наскільки сильно ваш стан здоров'я впливав на вас емоційно?
How much have you been emotionally affected by your health condition?

Відповідь / Response: _____

D6.6 Наскільки сильно стан вашого здоров'я виснажував фінансові ресурси ваші або вашої сім'ї?
How much has your health been a drain on the financial resources of you or your family?
Відповідь / Response: _____

D6.7 Наскільки значні труднощі виникали у вашої сім'ї через ваші проблеми зі здоров'ям?
How much of a problem did your family have because of your health problems?
Відповідь / Response: _____

D6.8 Наскільки важко вам було самостійно займатися чимось для відпочинку або задоволення?
How much of a problem did you have doing things by yourself for relaxation or pleasure?
Відповідь / Response: _____

АНКЕТА ДЛЯ ПЕРВИННОГО ПСИХІАТРИЧНОГО ПРИЙОМУ

Psychiatry Intake Form

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

Дякуємо, що записалися на прийом до The Psychiatry Group. Ми працюємо з працівниками, які отримали травми, та допомагаємо з діагностикою й лікуванням психіатричних станів, щоб сприяти їх безпечному та своєчасному поверненню до роботи.

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

Ми розуміємо, що ваш час цінний. Хоча цей пакет документів є досить об'ємним, він допоможе вашій лікувальній команді краще зрозуміти ваш стан та відповідати на запити членів лікувальної команди, Department of Labor and Industries та інших уповноважених сторін. Заповнення пакета займає приблизно 30 хвилин.