

姓名：_____

产妇年龄：_____

我想要与您讨论我自分娩后出现的压力。因为我感到筋疲力尽、不堪重负和无法应对，这是让您了解我的状况和我可能需要您的帮助的最佳方法。我认为我可能患有（妈妈，请勾选所有可能适用的项目）：

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 产后忧郁症（PPD） | <input type="checkbox"/> 产后精神病 | <input type="checkbox"/> 躁郁症或躁狂症 |
| <input type="checkbox"/> 产后焦虑症或强迫症（OCD） | <input type="checkbox"/> 产后创伤紧张症（PTSD） | <input type="checkbox"/> 不确定；我只知道我有问题 |

以下是一些已发现的我的分娩前后情绪障碍或焦虑症症状（妈妈，请勾选任何适合您的项目）：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 我无法入睡，甚至在孩子睡觉后也无法入睡。 | <input type="checkbox"/> 我感到自己会将事情弄糟。 |
| <input type="checkbox"/> 我没有食欲。 | <input type="checkbox"/> 我在所有的时间或大多数时间想要独处。 |
| <input type="checkbox"/> 我感到悲哀。我经常无缘无故地哭。 | <input type="checkbox"/> 我胡思乱想，无法安静地坐下。 |
| <input type="checkbox"/> 我大多数时间感到担心或焦虑。 | <input type="checkbox"/> 我感到唯一让自己感觉良好的方法是喝酒、服用处方药或其他药物。 |
| <input type="checkbox"/> 我反常地发火或大怒。 | <input type="checkbox"/> 有时，我担心我的孩子或我的家人是不是没有我会生活得更好。 |
| <input type="checkbox"/> 我对生活感到麻木或不相关。我不再喜欢曾经喜爱做的事。 | <input type="checkbox"/> 我一直有反常的身体症状（例如，偏头痛、背痛、胃痛、呼吸急促、无端恐惧）。 |
| <input type="checkbox"/> 我感到自己与孩子没有形成亲密的关系。 | <input type="checkbox"/> 我一直有严重的伤害自己的想法。 |
| <input type="checkbox"/> 我对反复出现的“假如”对我、我的孩子或其他人造成伤害该怎么办的想法感到非常害怕（亦称为侵入性思维，产后强迫症（OCD）的一种迹象）。 | <input type="checkbox"/> 我一直有我应当（不是我可能或假如，而是我应当或需要）伤害我的孩子或其他人的想法。 |
| <input type="checkbox"/> 我有很强的愧疚和羞愧感。 | <input type="checkbox"/> 我担心我看到或听到其他人看不到或听不到的东西。 |
| <input type="checkbox"/> 我担心自己不是一个好妈妈。 | <input type="checkbox"/> 我害怕自己单独和孩子在一起。 |
| <input type="checkbox"/> 我对我的生活中的所有事情感到不堪重负。 | <input type="checkbox"/> 我对其他人可能会伤害我感到非常担心或害怕。 |
| <input type="checkbox"/> 我无法集中思想或保持注意力集中。 | |

我出现这些症状已经超过_____个星期。我产后_____个星期/个月（圈选一项）。

以下是一些已知的产妇精神疾病风险因素，可能帮助您了解我的情形（妈妈，请勾选任何适合您的项目）：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 我以前曾患忧郁症、焦虑症/强迫症（OCD）或产后忧郁症（PPD） | <input type="checkbox"/> 我承受着很大的经济压力 |
| <input type="checkbox"/> 我有躁郁症或精神错乱病史 | <input type="checkbox"/> 我曾接受不育症治疗 |
| <input type="checkbox"/> 我的家族有精神疾病史 | <input type="checkbox"/> 我的孩子有急腹痛、回流或其他健康问题 |
| <input type="checkbox"/> 我曾经经历过或现在正在经历创伤（例如，家暴、语言虐待、性虐待、贫困、父亲/母亲去世） | <input type="checkbox"/> 我以前曾出现流产或死胎 |
| <input type="checkbox"/> 我在过去一年曾经历重大压力事件（例如，搬家、失业、离婚或婚姻关系出问题或亲人去世） | <input type="checkbox"/> 我有糖尿病、甲状腺或经前烦躁症（PMDD）病史 |
| <input type="checkbox"/> 我是单亲妈妈 | <input type="checkbox"/> 我分娩了多胎孩子 |
| <input type="checkbox"/> 我在家中从我的配偶或家人处无法得到很多帮助或支持 | <input type="checkbox"/> 我远离我的祖国或文化 |
| | <input type="checkbox"/> 我或我的孩子在妊娠或出生时出现问题（例如，孩子在新生儿重症监护室（NICU）、计划剖腹产、卧床休息） |

本核查单不得用作诊断任何精神疾病，仅用作母亲与健康护理服务提供者的讨论工具。本核查单由 Postpartum Progress（产后协助计划）编写，该项计划是向有产后精神疾病的母亲提供支持的全国性非营利机构。如需了解有关围产期情绪障碍或焦虑症的更多免费工具和支持，请访问网站 postpartumprogress.org。