

ما – بررسی می کنیم  
بررسی وضعیت بهزیستی و احساسات Minnesota

1. آیا در ماه گذشته احساس نارامی زیاد کرده اید؟
2. آیا در ماه گذشته کدام تشویش داشتید یا زیاد فکر کرده اید؟
3. در ماه گذشته، آیا افکاری در مورد گذشته داشتید که شما را از انجام کارها یا گذراندن وقت با دیگران باز داشته باشد؟
4. در ماه گذشته، آیا مشکل خواب داشتید؟
5. آیا در یک ماه گذشته مشکل حافظه داشتید؟

اگر هر یک از پاسخهای بالا بلی بود، بپرسید:

6. آیا هیچ یک از موارد فوق شما را از انجام کارهای که باید هر روز انجام دهید ممانعت کرد؟

Minnesota Department of Health  
Refugee and International Health Program  
PO Box 64975  
St. Paul, MN 55164-0975  
651-201-5414  
[refugeehealth@state.mn.us](mailto:refugeehealth@state.mn.us)  
[www.health.state.mn.us/refugee](http://www.health.state.mn.us/refugee)

12/30/21

To obtain this information in a different format, call: 651-201-5414.