



**Klient-ID (pnr eller annan identifikation)**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Å                    | Å                    | Å                    | Å                    | M                    | M                    | D                    | D                    |   | X                    | X                    | X                    | X                    |

**Datum formuläret fylldes i**

|                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Å                    | Å                    | Å                    | Å                    |   | M                    | M                    |   | D                    | D                    |

**Terapeut-ID (och/eller andra lokala koder)**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

**Klinik-ID**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Ålder

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Man

Kvinna

**Aktuell fas**

- S Screening  
 R Remiss  
 A Bedömning  
 P Före terapi (ospecificerat)  
 F Första terapiesessionen  
 D Pågående terapi  
 L Sista terapiesessionen  
 X Uppföljning 1  
 Y Uppföljning 2

Vårdtillfälle

**VIKTIGT – LÄS DETTA FÖRST**

Detta formulär innehåller 10 påståenden om hur Du har haft det DEN SENASTE VECKAN. Läs varje påstående och tänk efter hur ofta det har varit på detta sätt under den senaste veckan.

Kryssa i den ruta som stämmer bäst för Dig.

**Under den senaste veckan**

|   | Aldrig                     | Sällan                     | Då och då                  | Ofta                       | Nästan hela tiden          |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Jag har känt mig spänd, ängslig eller nervös                          | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2 Jag har känt att jag haft någon att vända mig till när det behövs     | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3 Jag har känt att jag kunnat klara av situationer där något gått snett | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4 Att prata med andra har känts alldeles för jobbigt                    | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5 Jag har haft panikkänslor eller varit skräckslagen                    | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6 Jag har haft planer på att ta mitt liv                                | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7 Jag har haft svårigheter att somna in eller att sova en hel natt      | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8 Jag har känt förtvivlan eller hopplöshet                              | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9 Jag har känt mig olycklig   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 10 Minnen eller bilder har trängt sig på och stört mig                  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

**Totalt (klinisk poäng\*)**

**Tillvägagångssätt:** Lägg ihop poängen på de enskilda påståendena, dela sedan med antalet besvarade påståenden för att få medelpoängen, multiplicera därefter med 10 för att få den kliniska poängen. Om färre än nio påståenden besvarats skall poängen användas mycket försiktigt.

**Snabbmetod (om alla påståenden besvarats):** lägg ihop poängen på de enskilda påståendena för att få den kliniska poängen.

**TACK FÖR ATT DU TOG DIG TID ATT BESVARA FORMULÄRET**