



Compilazione assistita?
 (Se si barrare la casella)

Cliente

Data

 g g m m a a a a

Terapeuta

Servizio

Età
Genere: F M

Stadio completato
 S Screening
 I Invio
 A Assessment
 P Prima seduta
 O Pre-terapia
 D Durante terapia
 U Ultima seduta
 X Follow up 1
 Y Follow up 2

episodio

Seduta numero (prima seduta: 001)

IMPORTANTE- DA LEGGERE PRIMA DELLA COMPILAZIONE
 Questo questionario contiene 10 affermazioni che possono descrivere come ti sei sentito nel corso dell' ULTIMA SETTIMANA. Leggi ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte ti sei sentito così negli ultimi 7 giorni. Segna quindi la risposta che più si avvicina.

Nell'ultima settimana

	Per nulla	Solo occasional- mente	Ogni tanto	Spesso	Molto spesso o sempre
1 Mi sono sentito irritabile o nervoso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Non me la sentivo di parlare con qualcuno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 Sono stato in grado di fare fronte alle difficoltà che mi sono capitate	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Ho pensato di farmi del male	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Mi sono sentito di chiedere aiuto a qualcuno quando ne ho avuto bisogno	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6 I miei pensieri e le mie emozioni mi hanno fatto stare male	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 I miei problemi sono stati troppo pesanti da sopportare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 E' stato difficile addormentarmi o non svegliarmi durante la notte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Mi sono sentito infelice	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Sono riuscito a fare tutte le cose che avevo in programma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

GRAZIE DEL TEMPO DEDICATO A COMPLETARE IL QUESTIONARIO!