



CORE-OM

مرکز کا شناختی نمبر	<input type="text"/>	عمر	<input type="text"/>
مریض کا شناختی نمبر	<input type="text"/>	مرد <input type="checkbox"/>	عورت <input type="checkbox"/>
تھراپسٹ کا شناختی نمبر	<input type="text"/>	علاج کے مراحل:	سٹیج/مرحلہ
جس تاریخ کو فارم دیا گیا	<input type="text"/>	S سکریٹنگ	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	R ریفرل	
	<input type="text"/>	A ابتدائی جانچ	
	<input type="text"/>	F پہلا سیشن	
	<input type="text"/>	P علاج سے پہلے	
	<input type="text"/>	D دوران علاج	
	<input type="text"/>	L آخری تھراپی سیشن	حصہ/اپنی سوڈ
	<input type="text"/>	X پہلا فالو اپ	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Y دوسرا فالو اپ	

ضروری ہدایات

اس فارم میں آپ کے گزشتہ سات دنوں کی کیفیت کے بارے میں 34 بیانات ہیں ہر بیان کو غور سے پڑھیں اور قریب ترین بیان پر نشان لگائیں۔

...گزشتہ ہفتہ کے دوران

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| صرف ذہنی استعمال کے لیے
بہتر نہیں | صرف کبھی کبھار بہت کم | بعض اوقات/کبھی کبھی | اکثر اوقات | بہت زیادہ تر |
| F <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| W <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| W <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
1. میں نے بہت زیادہ اکیلا اور تنہا محسوس کیا ہے۔
 2. میں نے پریشانی یا بے چینی محسوس کی ہے۔
 3. مجھے لگتا ہے کہ ضرورت پڑنے پر میرے پاس کوئی ہے جس سے میں مدد لے سکتا/سکتی ہوں۔
 4. میں نے اپنے بارے میں ٹھیک محسوس کیا ہے۔
 5. میں نے اپنے آپ میں توانائی اور جوش کی شدید کمی محسوس کی ہے۔
 6. میں نے دوسروں پر ہاتھ اٹھایا ہے۔
 7. جب چیزیں خراب ہوئیں تو میں نے اپنے آپ کو ان پر قابو پانے کے قابل محسوس کیا ہے۔
 8. مجھے درد یا دوسرے جسمانی مسائل نے پریشان کیا ہے۔
 9. میں نے اپنے آپ کو جسمانی تکلیف دینے کا سوچا ہے۔
 10. مجھے لوگوں سے بات کرنا بہت مشکل لگا ہے۔
 11. ذہنی دباؤ یا پریشانی کی وجہ سے میں ضروری کام نہیں کر پایا/پاؤں۔
 12. میں نے جو کچھ بھی کیا میں اُس سے خوش ہوں۔
 13. میں غیر ضروری خیالات اور احساسات سے پریشان رہا ہوں/رہی ہوں۔
 14. میرا رونے کو دل کیا ہے۔

صفحہ پلٹے

...گزشتہ ہفتہ کے دوران

- صرف دفتری استعمال کیجیے
پرگز نہیں
- صرف کبھی کبھار بہت کم
- بعض اوقات/ کبھی کبھی
- اکثر اوقات
- بہت زیادہ تر
- P 0 1 2 3 4
15. میں نے گھبراہٹ یا خوف محسوس کیا ہے۔
- R 0 1 2 3 4
16. میں نے اپنی زندگی ختم کرنے کے منصوبے بنائے ہیں۔
- W 0 1 2 3 4
17. میں نے محسوس کیا ہے کہ میرے مسائل میرے لیے ناقابل برداشت ہو گئے ہیں۔
- P 0 1 2 3 4
18. مجھے نیند آنے یا سوئے رہنے میں مشکل ہوئی ہے۔
- F 4 3 2 1 0
19. میں نے کسی کے لیے پیار یا شفقت محسوس کی ہے۔
- P 0 1 2 3 4
20. میرے لیے مسائل کو ایک طرف رکھ دینا ناممکن رہا ہے۔
- F 4 3 2 1 0
21. میں ایسے اکثر کام کر سکا/سکی ہوں جو مجھے کرنے تھے۔
- R 0 1 2 3 4
22. میں نے کسی کو ڈرایا یا دھمکایا ہے۔
- P 0 1 2 3 4
23. میں نے مایوسی یا بے بسی محسوس کی ہے۔
- R 0 1 2 3 4
24. میں نے سوچا کہ میرا مرجانا ہی بہتر ہے۔
- F 0 1 2 3 4
25. میں نے محسوس کیا کہ لوگ مجھ پر تنقید کرتے ہیں۔
- F 0 1 2 3 4
26. میں نے سوچا کہ میرا کوئی دوست نہیں ہے۔
- P 0 1 2 3 4
27. مجھے لگا ہے کہ میں خوش نہیں ہوں۔
- P 0 1 2 3 4
28. غیر ضروری تصورات یا یادیں مجھے پریشان کرتی رہتی ہیں۔
- F 0 1 2 3 4
29. میں نے دوسروں کی موجودگی میں چڑچڑاہٹ محسوس کیا ہے۔
- P 0 1 2 3 4
30. میں سوچتا رہا ہوں کہ اپنے مسائل اور مشکلات کے لیے میں خود قصوروار ہوں۔
- W 4 3 2 1 0
31. میں اپنے مستقبل کے بارے میں پر امید رہا ہوں۔
- F 4 3 2 1 0
32. میں نے جو چاہا وہ حاصل کر لیا ہے۔
- F 0 1 2 3 4
33. میں نے محسوس کیا ہے کہ دوسروں نے میری توہین اور تذلیل کی ہے۔
- R 0 1 2 3 4
34. میں نے اپنے آپ کو جسمانی تکلیف دی ہے یا اپنی صحت کو خطرے میں ڈالا ہے۔

شکریہ

