



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	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"/>

صفحہ پلٹے

## ...گزشتہ ہفتہ کے دوران

	صرف دفتری استعمال کیجئے پرگز نہیں	صرف کبھی کبھار بہت کم	بعض اوقات/ کبھی کبھی	اکثر اوقات	بہت زیادہ تر		
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۱۵. میں نے گھبراہٹ یا خوف محسوس کیا ہے۔
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۱۶. میں نے اپنی زندگی ختم کرنے کے منصوبے بنائے ہیں۔
W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۱۷. میں نے محسوس کیا ہے کہ میرے مسائل میرے لیے ناقابل برداشت ہو گئے ہیں۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۱۸. مجھے نیند آنے یا سوئے رہنے میں مشکل ہوئی ہے۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	۱۹. میں نے کسی کے لیے پیار یا شفقت محسوس کی ہے۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۰. میرے لیے مسائل کو ایک طرف رکھ دینا ناممکن رہا ہے۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	۲۱. میں ایسے اکثر کام کر سکا/سکی ہوں جو مجھے کرنے تھے۔
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۲. میں نے کسی کو ڈرایا یا دھمکایا ہے۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۳. میں نے مایوسی یا بے بسی محسوس کی ہے۔
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۴. میں نے سوچا کہ میرا مرجانا ہی بہتر ہے۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۵. میں نے محسوس کیا کہ لوگ مجھ پر تنقید کرتے ہیں۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۶. میں نے سوچا کہ میرا کوئی دوست نہیں ہے۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۷. مجھے لگا ہے کہ میں خوش نہیں ہوں۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۸. غیر ضروری تصورات یا یادیں مجھے پریشان کرتی رہتی ہیں۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۲۹. میں نے دوسروں کی موجودگی میں چیخڑا پن محسوس کیا ہے۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۳۰. میں سوچتا رہا ہوں کہ اپنے مسائل اور مشکلات کے لیے میں خود قصوروار ہوں۔
W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	۳۱. میں اپنے مستقبل کے بارے میں پر امید رہا ہوں۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	۳۲. میں نے جو چاہا وہ حاصل کر لیا ہے۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۳۳. میں نے محسوس کیا ہے کہ دوسروں نے میری توہین اور تذلیل کی ہے۔
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	۳۴. میں نے اپنے آپ کو جسمانی تکلیف دی ہے یا اپنی صحت کو خطرے میں ڈالا ہے۔

### شکریہ

مجموعی سکور/ٹوٹل سکور

اوسط سکور  
پر ڈائمنشن کا ٹوٹل سکور  
اس ڈائمنشن میں پر کیے گئے ٹوٹل آئیٹم کی تعداد

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	ٹوٹل	ٹوٹل R کے بغیر