



Identif. Caso

Idade

Género M

 F 

Data de preenchimento

   

Identif. Serviço

Identif. Terapeuta

Fase de preenchimento

- T Triagem  
E Encaminhamento  
A Avaliação pré-tratamento  
P Pré-primeira sessão  
1 Pré-terapia, não especificado  
D Durante Terapia  
U Última sessão  
X Follow up 1  
Y Follow up 2

Episódio

**IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER**

Este questionário tem 10 afirmações sobre como se sentiu durante a última semana. Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim. Depois, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.

**Durante a última semana...**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre, ou quase sempre
1 Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4
2 Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0
3 Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0
4 Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4
5 Senti pânico ou terror	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4
6 Fiz planos para acabar com a minha vida	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4
7 Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4
8 Senti-me desesperado/a ou sem saída	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4
9 Tenho-me sentido triste	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4
10 Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

Resultado: soma total a dividir pelo número de itens respondidos.  
(Não calcular se existirem dois ou mais itens sem resposta)