



## YP-CORE

**Apoio no preenchimento**  
(Se sim, por favor  
assinalar com um x) ☐

Identif. Serviço:

Identif. Caso:

Género: M ☐  
F ☐

Idade:

**Identif. Terapeuta**

Subcodes

Data de preenchimento

d d

m m

a a a a

**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

**Fase**

**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 irritado/a ou nervoso/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.Não tenho tido vontade de falar com ninguém	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3.Senti-me capaz de lidar com as coisas quando elas correm mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4.Pensei em magoar-me	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5.Eu tenho alguém a quem possa pedir ajuda	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6.Os meus pensamentos e sentimentos fizeram-me sentir mal, sofrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.Senti que os meus problemas eram demais para mim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8.Tem sido difícil adormecer ou ficar a dormir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9.Tenho-me sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10.Fiz todas as coisas que queria	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**Obrigado pela sua colaboração**