



Cod. sito:

**Cod. cliente**

Cod. terap./counselor

g g m m a a a a

**Data**

**Maschio**

**Età**  **Femmina**

**Stadio completato**

S Screening  **Stadio**

I Invio

A Assessment

P Prima seduta

0 Pre-terapia/pre-counseling

D Durante terapia o counseling

U Ultima seduta

X Follow up 1

Y Follow up 2

**Episodio**

### Importante- da leggere prima della compilazione

Questo questionario contiene 10 affermazioni che possono descrivere come si è sentito nel corso dell'ULTIMA SETTIMANA. Legga ogni affermazione, cercando di ricordare quante volte si è sentito così negli ultimi 7 giorni. Segni quindi la risposta che più vi si avvicina.

### Nell'ultima settimana

	Per nulla	Solo occasionalmente	Ogni tanto	Spesso	Molto spesso o sempre
1 Mi sono sentito teso, ansioso o nervoso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Ho sentito di avere qualcuno a cui rivolgermi per ricevere un sostegno 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
3 Mi sono sentito capace di adattarmi in caso di difficoltà	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Non ho avuto la forza di parlare con le persone	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Ho provato panico o terrore	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Ho progettato di mettere fine alla mia vita	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Ho avuto difficoltà ad addormentarmi o a mantenere il sonno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Mi sono sentito affranto o senza speranza	<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 stato turbato da immagini o ricordi indesiderati	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Totale (Punteggio clinico\*)**

\* **Procedura:** sommare i punteggi degli item, dividere per il numero di item completati per ottenere il punteggio medio, poi moltiplicare per dieci per ottenere il Punteggio Clinico. Se vengono completati meno di nove item la validità del punteggio va considerata con molta cautela.

**Metodo rapido (se tutti gli item sono stati completati):** sommare i punteggi degli item per ottenere il Punteggio Clinico.

**GRAZIE DEL TEMPO DEDICATO A COMPLETARE IL QUESTIONARIO !**