



NUMAI PENTRU SCORARE

ID client

Data completării

Z Z L L A A A A

ID terapeut

ID unitate:

A câta oară ești într-un tratament psihoterapeutic

Vârsta

Etapa curentă:

S – Screening
T – Trimitere
E – Evaluare
P – Prima ședință de terapie
Î – Înainte de terapie (nespecificat)
T – În timpul terapiei
U – Ultima ședință de terapie
X – Follow – up 1
Y – Follow – up 2

M
F
Altul

Sesiune

Vă rog citiți instrucțiunile întâi

Acest chestionar conține 10 de enunțuri despre felul în care v-ați simțit în ultimele 7 zile.

Vă rugăm citiți fiecare enunț și gândiți-vă cât de des v-ați simțit astfel în ultimele 7 zile.

Apoi marcați căsuța cu răspunsul care vi se potrivește.

În ultimele 7 zile ...

	deloc	rar	câteodată	des	de cele mai multe ori sau tot timpul
1 M-am simțit încordat/ă, neliniștit/ă sau nervos/nervoasă	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Am simțit că am cui să cer sprijin la nevoie	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 M-am simțit în stare să fac față când lucrurile mergeau prost	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Am simțit că e prea mult pentru mine să vorbesc cu oamenii	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Am simțit frică extremă sau panică	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Mi-am făcut planuri să-mi pun capăt zilelor	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Am avut dificultăți să adorm sau să dorm	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 M-am simțit disperat/ă sau fără speranță	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 M-am simțit nefericit/ă	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Imagini sau amintiri nedorite m-au făcut să sufăr	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Total (Clinical Score*)

***Quick scoring if all items completed: add together the item scores to get the Clinical Score.**

It is not recommended to compute a score if more than one item was omitted but if nine were completed: add together the item scores, divide by nine to get the mean score, then multiply by 10 to get the Clinical Score.

MULȚUMESC PENTRU TIMPUL ACORDAT COMPLETĂRII ACESTUI CHESTIONAR.