

AD USO INTERNO

Cod. terap./counselor

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Età

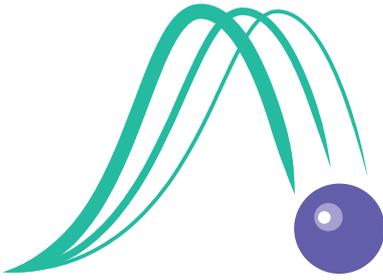
--	--	--

Data

g	g	m	m	a	a	a	a

M

F



CORE - GP

Importante- da leggere prima della compilazione

Questo questionario contiene 14 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

- | | 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 a posto con me stesso | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4 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 |
| 5 Sono stato disturbato da malesseri, dolori o altri problemi fisici | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6 Sono stato contento per le cose che ho fatto | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 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 Ho provato calore o affetto per qualcuno | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9 Sono stato in grado di fare la maggior parte delle cose che dovevo fare | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10 Mi sono sentito criticato da altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11 Mi sono sentito infelice | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 12 Mi sono sentito irritato mentre ero con altre persone | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 13 Mi sono sentito ottimista per il mio futuro | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 14 Ho ottenuto ciò che volevo | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

GRAZIE DEL TEMPO DEDICATO A COMPLETARE IL QUESTIONARIO !

Punteggio totale:

Punteggio medio:

(Punteggio totale diviso per il numero di item compilati. Il punteggio non è valido più di un item viene omissso.)