



**USO INTERNO NÃO PREENCHER**

Identif. Serviço

Identif. Caso

Identif. Terapeuta

Data de preenchimento

D D M M A A A A

Idade

Género  
F   
M

**Fase de preenchimento**  
T Triagem  
E Encaminhamento  
A Avaliação pré-tratamento  
P 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 tenso, ansioso ou nervoso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Senti pânico ou terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Fiz planos para acabar com a minha vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Senti-me desesperado ou sem saída	<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 Tenho-me sentido perturbado por imagens ou recordações que não quero ter	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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)