



**GP-CORE**

**USO INTERNO NÃO PREENCHER**

Identif.

       

Data de preenchimento

       

D D M M A A A A

Idade

  

M

F

**IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER**

Este questionário tem 14 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...**

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre, ou quase sempre</i>
1 Tenho-me sentido tensa, ansiosa ou nervosa	<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-me sentido bem comigo própria	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 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
5 Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Senti-me bem com as coisas que consegui fazer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
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 que tenho pessoas de quem gosto	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Tenho-me sentido criticada por outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Tenho-me sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Tenho-me sentido optimista em relação ao meu futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 Tenho conseguido 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**

TOTAIS:

RESULTADOS MÉDIOS:

(Total score divided by number of items completed provided that 13 or all 14 items have been completed. Don't compute scores if more than one item omitted.)