



KUN TIL KONTORBRUK

Sted ID :

Dato for innlevering av skjema

T T M M J J J J

Terapeut ID

Bokstaver Tall

Alder

Mann

Kvinne

Stadium fullført

S Screening
 R Henvisning
 A Vurdering
 F Første behandlingssamtale
 P Før behandling (uspesifisert)
 D Under behandling
 L Siste terapitime
 X Etterundersøkelse I
 Y Etterundersøkelse II

Stadium

Antall tidligere
 behandlinger

VIKTIG – LES DETTE FØRST

Dette skjemaet inneholder 10 utsagn om hvordan du har hatt det I LØPET AV DEN SISTE UKEN

Les hvert utsagn og tenk over hvor ofte du har følt deg slik den siste uken.

Kryss så av i ruten for det svaret som ligger nærmest hvordan du har følt deg.

Bruk mørk penn (ikke blyant) og sett tydelig kryss i rutene

I LØPET AV DEN SISTE UKEN

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten hele tiden
1 Har jeg følt meg anspent, engstelig eller nervøs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Har jeg følt at jeg hadde noen å støtte meg til når jeg trengte det.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Har jeg følt meg i stand til å takle det når noe har gått galt	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Har det å snakke med folk vært for mye for meg	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Har jeg følt redsel eller panikk	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Har jeg lagt planer for å gjøre slutt på livet mitt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Har jeg følt meg fortvilet eller uten håp	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Har jeg følt meg ulykkelig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Har uønskede bilder eller minner plaget meg	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

TOTAL VERDI (SUMMEN AV ALLE VARER):

* Implementering: legg sammen varepoengene. Deretter deler du totalen med antall fullførte elementer for å få gjennomsnittet. For å beregne den kliniske poengsummen, multipliser gjennomsnittet med ti. Hvis færre enn ni elementer ble behandlet, bør poengsummen brukes svært forsiktig.

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ DETTE SKJEMAET