



**WYPELNIĄ KLINICYSTA**

Identyfikator placówki:

Identyfikator pacjenta:

Data wypełnienia formularza:     
D D M M R R R R

**Etap psychoterapii:**   
 F Pierwsza sesja psychoterapii  
 P Przed psychoterapią (czas nieokreślony)  
 L Ostatnia sesja psychoterapii

**Sesja numer:**   
(pierwsza sesja psychoterapii = sesja 0001)

**Ważne - prosimy przeczytać przed wypełnieniem kwestionariusza.**  
**Ten kwestionariusz zawiera 18 stwierdzeń dotyczących Pani samopoczucia W CIĄGU OSTATNICH 7-DNI. Prosimy przeczytać każde stwierdzenie i zaznaczyć w odpowiedniej kratce, jak często czuła się Pani w ten sposób W CIĄGU OSTATNICH 7-DNI.**

**W ciągu ostatnich 7-dni...**

	ani razu	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często lub cały czas	WYPELNIĄ KLINICYSTA
1 Byłam napięta, niespokojna i nerwowa.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
2 Czułam, że daję sobie radę.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
3 Dokuczały mi natrętne obrazy lub wspomnienia.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
4 Udało mi się osiągnąć to, co chciałam.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
5 Czułam się upokorzona lub zawstydzona przez innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
6 Chciało mi się płakać.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
7 Czułam do kogoś sympatię lub życzliwość.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Nie byłam w stanie odłożyć na bok swoich problemów.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Użyłam siły wobec kogoś.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Czułam rozpacz lub beznadzieję.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
11 Czułam się krytykowana przez innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
12 Czułam, że dam sobie radę jeśli coś pójdzie nie tak.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Czułam się nieszczęśliwa.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Drażniła mnie obecność innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
15 Czułam, że moje problemy mnie przerastają.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
16 Czułam panikę lub przerażenie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
17 Patrzyłam z optymizmem w przyszłość.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
18 Okaleczyłam się lub poważnie naraziłam swoje zdrowie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

**Suma punktów**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
▼	▼	▼	▼		▼		▼
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)		Razem		Razem minus R

**Średni wynik**

(suma punktów z każdej kategorii, podzielona przez liczbę odpowiedzi wypełnionych w danej kategorii)