



YP-CORE

Byla poskytnuta pomoc při vyplnění?
(Pokud ano, zaškrtněte)

POUZE PRO ADMINISTRATIVNÍ POUŽITÍ

Pracoviště

Klient/ka

Terapeut/ka

Datum vyplnění

Věk

Muž
Žena
Další

Vyplněno ve fázi

P Před terapií **Fáze**
F Prvního terapeutického sezení
D V průběhu terapie
L Posledního terapeutického sezení
X Kontrolního vyšetření po měsících **Epizoda**

Přečtěte si prosím dříve, než budete pokračovat
Tento dotazník obsahuje 10 vět o tom, jak jste se cítili **během posledního týdne**.
Přečtěte si prosím každou větu a popřemýšlejte, jak často jste se tak během posledního týdne cítili.
Poté zaškrtněte políčko, které tomu nejvíce odpovídá.

Během uplynulých sedmi dní

	Vůbec ne	Pouze zřídka	Někdy	Často	Většinou nebo stále ano
1. Cítil jsem se podrážděný nebo nervózní.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Neměl jsem chuť s nikým mluvit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Kdyby se něco pokazilo, dokázal bych se s tím vypořádat.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Napadlo mě, že bych si chtěl ublížit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Měl jsem komu říct o pomoc.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. Trápily mě moje myšlenky a pocity.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Připadlo mi, že toho na mě bylo moc.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Nemohl jsem usnout nebo spát.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Byl jsem nešťastný.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Udělal jsem všechno, co jsem chtěl.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ TOHOTO DOTAZNÍKU.