



**CORE-OM**

**ÚS PROFESSIONAL**

Codi del centre:

     

Edat

  

Home

Dona

Codi del client:

         

Codi del terapeuta:

         

Data de l'administració:

       

A A A A M M D D

**Fase actual**

- S Cribatge
- R Derivació
- A Avaluació
- F Primera sessió de teràpia
- P Previ a la teràpia (no especificat)
- D Durant la teràpia
- L Última sessió de teràpia
- X Seguiment 1
- Y Seguiment 2

Fase

Episodi

**IMPORTANT — SI US PLAU LLEGEIXI AIXÒ ABANS DE COMENÇAR.**

A continuació es presenten 34 frases sobre com ha estat durant **L'ÚLTIMA SETMANA**. Llegeixi cada frase i pensi quantes vegades s'ha sentit així l'última setmana. Marqui clarament la casella que més encaixi amb la realitat.

**Durant l'última setmana...**

	mai	Molt poques vegades	Algunes vegades	Moltes vegades	Sempre o gairebé sempre	ÚS PROFESSIONAL
1 M'he sentit massa sol i aïllat	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 M'he sentit tens, ansiós o nerviós	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 He sentit que tenia algú en qui recolzar-me quan ho he necessitat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
4 M'he sentit bé amb mi mateix	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
5 M'he sentit sense cap mena d'energia ni entusiasme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
6 He estat violent físicament amb algú	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
7 M'he sentit capaç de fer front a les coses quan han anat malament	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 M'han molestat dolors o altres problemes físics	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
9 He pensat en fer-me mal a mi mateix	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
10 M'ha costat molt parlar amb la gent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
11 La tensió i l'ansietat m'han impedit fer coses importants	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 M'he sentit satisfet amb les coses que he fet	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
13 M'han incomodat pensaments i sentiments no desitjats	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
14 He tingut ganes de plorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W

**Si us plau giri la pàgina**

## Durant l'última setmana...

	Mai	Molt poques vegades	Algunes vegades	Moltes vegades	Sempre o gairebé sempre	US PROFESSIONAL
15 He sentit pànic	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
16 He fet plans per posar fi a la meua vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
17 M'he sentit superat pels meus problemes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
18 He tingut dificultats per adormir-me o per dormir tota la nit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
19 He sentit afecte o calidesa per algú	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
20 M'ha estat impossible deixar de banda els meus problemes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
21 He estat capaç de fer la majoria de coses que necessitava fer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
22 He amenaçat o intimidat a una altra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
23 M'he sentit desesperat o sense esperança	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
24 He pensat que seria millor si estigués mort	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
25 M'he sentit criticat per altra gent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
26 He pensat que no tinc amics	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
27 M'he sentit infeliç	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
28 M'han angoixat imatges o records no desitjats	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
29 He estat irritable amb altres persones	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
30 He pensat que sóc culpable dels meus problemes i dificultats	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
31 M'he sentit optimista sobre el meu futur	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
32 He aconseguit les coses que volia	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
33 M'he sentit humiliat o avergonyit per altra gent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
34 M'he fet mal físicament o he posat en perill la meua salut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R

### GRÀCIES PER CONTESTAR AQUEST QÜESTIONARI

**Puntuació total**







**Puntuacions mitjanes**

(puntuació total a cada apartat dividida entre el número de respostes completades en aquell apartat)







(W)

(P)

(F)

(R)

Tots els ítems

Tots menys R