



<b>Identif. Serviço</b>	<input type="text"/>	<b>Estágio completo:</b>	<input type="text"/>
<b>Identificação Caso</b>	<input type="text"/>	P – Primeira sessão	
		D – Durante a terapia	
		U – Última sessão	
<b>Data de aplicação</b>	<input type="text"/>	<b>Número da sessão</b>	<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"/>	(primeira sessão de terapia = 0001)	
D D M M A A A A			

### IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER

Este questionário tem 34 afirmações sobre como se sentiu durante a última semana. Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim na última semana. Depois, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.

## Durante a última semana...

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre ou quase sempre	USO INTERNO
1 Tenho me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
2 Tenho me sentido bem comigo mesmo.	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> B
3 Imagens e memórias indesejadas têm me incomodado.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
4 Tenho conseguido as coisas que quero.	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> F
5 Tenho me sentido humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
6 Tenho sentido vontade de chorar.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> B
7 Tenho sentido cuidado e carinho por alguém.	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> F
8 Tem sido impossível colocar meus problemas de lado.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
9 Fui violento fisicamente com outras pessoas.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> R
10 Tenho me sentido desesperado/a ou sem esperança.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
11 Tenho me sentido criticado/a por outras pessoas.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
12 Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que dão errado.	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> F
13 Tenho me sentido infeliz.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
14 Tenho ficado irritado/a quando estou com outras pessoas.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
15 Tenho me sentido sobrecarregado/a por meus problemas.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> B
16 Tenho sentido pânico ou terror.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
17 Tenho me sentido otimista em relação ao meu futuro.	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> B
18 Tenho me machucado fisicamente ou assumido riscos perigosos para minha saúde.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> R

### TOTAIS

<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"/>
(B)	(P)	(F)	(R)	Todos os itens	Todos menos R

### RESULTADOS MÉDIOS

(total de cada dimensão a dividir pelo número de itens respondidos nessa dimensão)