



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

### 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 INTENSO
1 Tenho me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
2 Tenho tido dificuldade para dormir ou manter o sono.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
3 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
4 Tenho me sentido totalmente sem energia e entusiasmo.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
5 Fiz planos para acabar com minha vida.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> R
6 Tenho sido incomodado/a por dores, sofrimentos ou outros problemas físicos.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
7 Tenho me sentido feliz com as coisas que tenho feito.	<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 Falar com as outras pessoas tem sido muito difícil para mim.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
9 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
10 Tensão e ansiedade têm impossibilitado que eu faça coisas importantes.	<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 sido perturbado/a por pensamentos e sentimentos indesejados.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
12 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
13 Tenho sentido que tenho alguém a quem procurar para me ajudar quando necessário.	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> F
14 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
15 Tenho ameaçado ou intimidado 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
16 Sinto-me capaz de fazer a maioria das coisas que preciso.	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> F
17 Tenho pensado que não tenho amigos.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
18 Tenho me sentido envergonhado/a por meus problemas e dificuldades.	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P

**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)