



**USO INTERNO NÃO PREENCHER**

Identif. Serviço

Identif. Caso

Data de preenchimento

D D M M A A A A

Fase de preenchimento

P Primeira sessão  
D Durante Terapia  
U Última sessão

Número da sessão (primeira sessão de terapia = 001)

**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. 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, NÃO PREENCHER
1 Tenho-me sentido terrivelmente sozinho e isolado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 Tenho-me sentido otimista em relação ao meu futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
4 Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
5 Fiz planos para acabar com a minha vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
6 Fiz planos para acabar com a minha vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
7 Senti-me bem com as coisas que consegui fazer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 Tem-me custado muito falar com as outras pessoas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
9 Tenho-me sentido bem comigo próprio	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
10 A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
11 Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 Senti que os meus problemas são demais para mim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
13 Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
14 Tenho sentido vontade de chorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W
15 Ameacei ou fiz alguém sentir medo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
16 Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
17 Senti que não tinha amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
18 Tenho-me sentido culpado pelos meus problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	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"/>
(W)	(P)	(F)	(R)		Todos os itens		Todos menos R

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