



# YP-CORE

**Apoio no preenchimento  
(Se sim, por favor  
assinalar com um x)**

**USO INTERNO NÃO PREENCHER**

Identif. Serviço:

Identif. Caso:

Identif. Terapeuta:

Subcodes:

Data:   
d d m m a a a a

Idade:

Género  
 F   
 M

**Fase de preenchimento**

T Triagem  
 E Encaminhamento  
 A Avaliação pré-tratamento  
 P Pré-primeira sessão  
 1 Pré-terapia, não especificado  
 D Durante Terapia  
 U Última sessão  
 X Follow up 1  
 Y Follow up 2

Fase

Episódio

## IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER

**Este questionário tem 10 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
1.Tenho-me sentido irritada ou nervosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.Não tenho tido vontade de falar com ninguém	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3.Senti-me capaz de lidar com as coisas quando elas correm mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4.Pensei em magoar-me	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5.Eu tenho alguém a quem possa pedir ajuda	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6.Os meus pensamentos e sentimentos fizeram-me sentir mal, sofrer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7.Senti que os meus problemas eram demais para mim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8.Tem sido difícil adormecer ou ficar a dormir	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9.Tenho-me sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10.Fiz todas as coisas que queria	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**Obrigado pela sua colaboração**