



# YP-CORE

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

USO INTERNO NÃO PREENCHER															
Identif. Serviço:					<input type="text"/>										
Identif. Caso:					<input type="text"/>										
Identif. Terapeuta					<input type="text"/>										
Subcodes					<input type="text"/>										
Data					<input type="text"/>										
d		d		m		m		a		a		a		a	
Idade:										<input type="text"/>		Género			
										F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/>			
Fase de preenchimento										T Triagem		Fase			
										E Encaminhamento		<input type="checkbox"/>			
										A Avaliação pré-tratamento					
										P Pré-primeira sessão					
										1 Pré-terapia, não especificado					
										D Durante Terapia					
										U Última sessão		Episódio			
										X Follow up 1		<input type="checkbox"/>			
										Y Follow up 2					

## 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 irritado/a ou nervoso/a	<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**