



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 irritado ou nervoso	<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