



**WYPEŁNIA KLINICYSTA**

Identyfikator pacjenta/ki:

Wiek       Mężczyzna       Kobieta

Data wypełnienia formularza:

D D      M M      R R R R

Identyfikator psychoterapeuty:

Identyfikator placówki:

**Etap psychoterapii**

S Badanie przesiewowe  
R Skierowanie  
A Ocena stanu  
F Pierwsza sesja psychoterapii  
P Przed psychoterapią (czasnieokreślony)  
D W trakcie psychoterapii  
L Ostatnia sesja psychoterapii  
X Badanie kontrolne nr 1  
Y Badanie kontrolne nr 2

Etap   
Cykl leczenia

**Ważne - prosimy przeczytać przed wypełnieniem kwestionariusza.**  
**Ten kwestionariusz zawiera 10 stwierdzeń dotyczące Pana/i samopoczucia W CIĄGU OSTATNICH 7-DNI. Prosimy przeczytać każde stwierdzenie i zaznaczyć w odpowiedniej kratce, jak często czuł/a się Pani w ten sposób**

### Hvernig hefur þér liðið síðustu vikuna?

	Alls ekki	Stöku sinnum	Stundum	oft	Næstum alltaf eða alltaf
1 Byłam napięty/a, niespokojna i nerwowa.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Wiedziałam, że w razie czego mam do kogo się zwrócić o pomoc.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Czułam, że dam sobie radę jeśli coś pójdzie nie tak.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Nie miałam siły z nikim rozmawiać.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Czułam panikę lub przerażenie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Planowałam jak ze sobą skończyć.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Miałam trudności z zaśnięciem lub przespaniem nocy.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Czułam rozpacz lub beznadzieję.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Czułam się nieszczęśliwy.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Dokuczały mi natrętne obrazy lub wspomnienia.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**ŁĄCZNIE (WYNIK KLINICZNY\*)**

**\*Szybka ocena, jeśli wszystkie pozycje zostały ukończone: dodaj wyniki pozycji, aby uzyskać ocenę kliniczną. Nie zaleca się obliczania wyniku, jeśli pominięto więcej niż jedną pozycję, ale jeśli ukończono dziewięć: dodaj wyniki pozycji, podziel przez dziewięć, aby uzyskać średni**

**DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA**