



CORE-OM

KUN TIL KONTORBRUK

Sted ID :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato for innlevering av skjema

T	T	M	M	J	J	J	J

Terapeut ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bokstaver Tall

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Alder

--	--	--

Mann

Kvinne

Stadium fullført

S Screening
 R Henvising
 A Vurdering
 F Første behandlingssamtale
 P Før behandling (uspesifisert)
 D Under behandling
 L Siste terapitime
 X Etterundersøkelse I
 Y Etterundersøkelse II

Stadium

Antall tidligere
 behandlinger

VIKTIG – LES DETTE FØRST

Dette skjemaet inneholder 34 utsagn om hvordan du har hatt det I LØPET AV DEN SISTE UKEN
 Les hvert utsagn og tenk over hvor ofte du har følt deg slik den siste uken.
 Kryss så av i ruten for det svaret som ligger nærmest hvordan du har følt deg.
 Bruk mørk penn (ikke blyant) og sett tydelig kryss i rutene

I LØPET AV DEN SISTE UKEN

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten hele tiden	skår
1 Har jeg følt meg forferdelig alene og isolert	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 Har jeg følt meg anspent, engstelig eller nervøs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 Har jeg følt at jeg hadde noen å støtte meg til når jeg trengte det	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
4 Har jeg følt meg fornøyd med meg selv	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
5 Har jeg følt meg helt uten energi og entusiasme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
6 Har jeg vært fysisk voldelig mot andre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
7 Har jeg følt meg i stand til å takle det når noe har gått galt	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 Har jeg vært plaget av verk, smerter eller andre fysiske plager	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
9 Har jeg tenkt på å skade meg selv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
10 Har det å snakke med folk vært for mye for meg	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
11 Har ansenhet og angst hindret meg i å gjøre viktige ting	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 Har jeg vært fornøyd med det jeg har gjort	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
13 Har jeg vært plaget av uønskede tanker og følelser	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
14 Har jeg hatt lyst til å gråte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W

SNU ARKET

I LØPET AV DEN SISTE UKEN

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Nesten hele tiden	skår
15 Har jeg følt redsel eller panikk	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 Har jeg lagt planer for å gjøre slutt på livet mitt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Har jeg følt meg overveldet av mine problemer	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 Har jeg hatt problemer med å sovne eller har våknet fort igjen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 Har jeg følt varme eller hengivenhet ovenfor noen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Har problemene mine vært umulig å overse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 Har jeg klart å gjøre det meste av det jeg hadde behov for å gjøre	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 Har jeg truet eller skremt et annet menneske	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Har jeg følt meg fortvilet eller uten håp	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 Har jeg tenkt at det ville være bedre om jeg var død.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Har jeg følt meg kritisert av andre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 Har jeg tenkt at jeg ikke hadde noen venner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Har jeg følt meg ulykkelig	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Har uønskede bilder eller minner plaget meg	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Har jeg vært irritabel mot andre mennesker.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 Har jeg tenkt at mine problemer og vanskeligheter var min egen skyld	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Har jeg følt meg optimistisk med tanke på framtiden	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 Har jeg fått til det jeg ville	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Har jeg følt at andre har ydmyket meg eller gjort meg skamfull	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Har jeg skadet meg selv fysisk eller tatt farlige sjanser med min egen helse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ DETTE SKJEMAET

Samlet skår

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Gjennomsnittsskår

(total skår for hver dimensjon delt på antall besvarte spm. i dimensjonen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	Alle Items	Alle minus R