



CORE-SFA

WYPELNIĄ KLINICYSTA

Identyfikator placówki:

Identyfikator pacjenta:

Data wypełnienia formularza:
D D M M R R R R

Etap psychoterapii: F Pierwsza sesja psychoterapii
 P Przed psychoterapią (czas nieokreślony)
 L Ostatnia sesja psychoterapii

Sesja numer:
(pierwsza sesja psychoterapii = sesja 0001)

Ważne - prosimy przeczytać przed wypełnieniem kwestionariusza.
Ten kwestionariusz zawiera 18 stwierdzeń dotyczących Pana samopoczucia W CIĄGU OSTATNICH 7-DNI. Prosimy przeczytać każde stwierdzenie i zaznaczyć w odpowiedniej kratce, jak często czuł się Pan w ten sposób W CIĄGU OSTATNICH 7-DNI.

W ciągu ostatnich 7-dni...

	ani razu	bardzo rzadko	czasami	często	bardzo często lub cały czas	WYPELNIĄ KLINICYSTA
1 Byłem/am napięty/a, niespokojny/a i nerwowy/a.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
2 Czułem/am, że daję sobie radę.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
3 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	<input type="checkbox"/> P
4 Udało mi się osiągnąć to, co chciałem/am.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
5 Czułem/am się upokorzony/a lub zawstydzony/a przez innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
6 Chciało mi się płakać.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
7 Czułem/am do kogoś sympatię lub życzliwość.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Nie byłem/am w stanie odłożyć na bok swoich problemów.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Użyłem/am siły wobec kogoś.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Czułem/am rozpacz lub beznadzieję.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
11 Czułem/m się krytykowany/a przez innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
12 Czułem/am, 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	<input type="checkbox"/> F
13 Czułem/am się nieszczęśliwy.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Drażniła mnie obecność innych.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
15 Czułem/am, że moje problemy mnie przerastają.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
16 Czułem/am panikę lub przerażenie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
17 Patrzyłem/am z optymizmem w przyszłość.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
18 Okaleczyłem/am się lub poważnie naraziłem/am swoje zdrowie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

Suma punktów

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
▼	▼	▼	▼		▼		▼
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)		Razem		Razem minus R

Średni wynik

(suma punktów z każdej kategorii, podzielona przez liczbę odpowiedzi wypełnionych w danej kategorii)