



CORE-SFB

صرف دفتری استعمال کے لیے

مرکز کا شناختی نمبر

مریض کا شناختی نمبر

تھراپسٹ کا شناختی نمبر

جس تاریخ کو فارم دیا گیا

تاریخ کو فارم دیا گیا

D D M M Y Y Y Y

علاج کے مراحل:

F پہلا سیشن

D دوران علاج

L آخری تھراپی سیشن

سٹیج/مرحلہ

حصہ/اپنی سوڈ

ضروری ہدایات

اس فارم میں آپ کے گزشتہ سات دنوں کی کیفیت کے بارے میں 18 بیانات ہیں ہر بیان کو غور سے پڑھیں اور قریب ترین بیان پر نشان لگائیں۔

صرف دفتری استعمال کے لیے
بزرگ نہیں

صرف کبھی کبھار بہت کم

بعض اوقات/کبھی کبھی

اکثر اوقات

بہت زیادہ تر

...گزشتہ ہفتہ کے دوران

F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	1. میں نے بہت زیادہ اکیلا اور تنہا محسوس کیا ہے۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	2. مجھے نیند آنے یا سوئے رہنے میں مشکل ہوئی ہے۔
W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	3	2	1	0	3. میں اپنے مستقبل کے بارے میں پر امید رہا ہوں۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	4. میں نے اپنے آپ میں توانائی اور جوش کی شدید کمی محسوس کی ہے۔
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	5. میں نے اپنی زندگی ختم کرنے کے منصوبے بنائے ہیں۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	6. مجھے درد یا دوسرے جسمانی مسائل نے پریشان کیا ہے۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	3	2	1	0	7. میں نے جو کچھ بھی کیا میں اُس سے خوش ہوں۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	8. مجھے لوگوں سے بات کرنا بہت مشکل لگا ہے۔
W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	3	2	1	0	9. میں نے اپنے بارے میں ٹھیک محسوس کیا ہے۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	10. ذہنی دباؤ یا پریشانی کی وجہ سے میں ضروری کام نہیں کر پایا/پائی۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	11. میں غیر ضروری خیالات اور احساسات سے پریشان رہا ہوں/رہی ہوں۔
W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	12. میں نے محسوس کیا ہے کہ میرے مسائل میرے لیے ناقابل برداشت ہو گئے ہیں۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	3	2	1	0	13. مجھے لگتا ہے کہ ضرورت پڑنے پر میرے پاس کوئی ہے جس سے میں مدد لے سکتا/سکتی ہوں۔
W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	14. میرا رونے کو دل کیا ہے۔
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	15. میں نے کسی کو ڈرایا یا دھمکیا ہے۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	3	2	1	0	16. میں ایسے اکثر کام کر سکا/سکی ہوں جو مجھے کرنے تھے۔
F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	17. میں نے سوچا کہ میرا کوئی دوست نہیں ہے۔
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3	4	18. میں سوچتا رہا ہوں کہ اپنے مسائل اور مشکلات کے لیے میں خود قصور وار ہوں

شکریہ

مجموعی سکور/ٹوٹل سکور

اوسط سکور

ہر ڈائمنشن کا ٹوٹل سکور
اس ڈائمنشن میں پر کیے گئے ٹوٹل انٹیٹم کی تعداد

(W)

(P)

(F)

(R)

ٹوٹل

ٹوٹل R کے بغیر