



**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТЕРАПЕВТОМ**

ID клиента:

         

Дата подачи заявки

     

месяц

день

год

возраст

  

мужчина

самка

**ИНСТРУКЦИЯ**

**ПЕРЕД ВАМИ 14 УТВЕРЖДЕНИЯ О ТОМ, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВОВАЛИ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. ПРОЧТИТЕ И ВЫБЕРЕТЕ НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИЙ ВАРИАНТ.**

**За последнюю неделю...**

	Никогда	Очень редко	Иногда	Часто	Постоянно
1 Я чувствовал(а) напряжение и беспокойство	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Я чувствовал(а), что мне есть к кому обратиться за поддержкой	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Я чувствовал(а), что у меня всё хорошо	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Я чувствовал(а), что могу справиться с любыми проблемами	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5 Меня беспокоили недомогание, боли и другие проблемы со здоровьем	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Я был(а) доволен(льна) тем, что я делал(а)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7 Мне было трудно заснуть или сон был беспокойный	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Я испытывала(а) тёплые чувства по отношению у кому-то	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9 Я чувствовал(а) осуждение со стороны других людей	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10 Я чувствовал(а) осуждение со стороны других людей	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 Я чувствовал(а) себя несчастным(ой)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 Окружающие меня раздражали	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 Мысли о будущем вселяли в меня оптимизм	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
14 Мне удалось сделать то, что я хотел	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**СПАСИБО ЗА СОТРУДНИЧЕСТВО!**

**ВСЕГО (КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА)\***

**Средние баллы**

(Общий балл, разделенный на количество ответов на вопросы. Не подсчитывайте, если более одного пункта пропущено или недействительно)