



حصلت على مساعدة؟
في حالة الإجابة بنعم ضع علامة

للاستخدام المكتبي فقط

ذكر أنثى

العمر

المرحلة المكتملة

المرحلة

رقم الموقع

رقم العميل

رقم المعالج

أرقام إضافية

1. تصفية

2. إحالة

3. تقييم

4. أول جلسة علاج

5. قبل العلاج (غير محدد)

6. أثناء العلاج

7. أخرج جلسة علاج

8. جلسة متابعة ١

9. جلسة متابعة ٢

عدد تكرار الحالة

تاريخ تقديم الاستمارة

هذه الأسئلة عن كيف كنت تشعر خلال الأسبوع الماضي. اقرأ كل سؤال بتركيز وفكر كيف كنت تشعر خلال ذلك الأسبوع. ضع علامة في المربع الذي يناسبك.

خلال الأسبوع الماضي ...

معظم ايام الوقت	غالباً	أحياناً	قليلاً	أبداً	
<input type="checkbox"/>	١. شعرت بالتوتر				
<input type="checkbox"/>	٢. شعرت بأني لا أريد التكلم مع أحد.				
<input type="checkbox"/>	٣. شعرت بأنه يمكنني التعامل مع المواقف الصعبة				
<input type="checkbox"/>	٤. فكرت أن أؤدي نفسي (بأي طريقة)				
<input type="checkbox"/>	٥. كان هناك شخص شعرت بأني قادر على طلب المساعدة منه				
<input type="checkbox"/>	٦. أفكارى ومشاعري جعلتني أشعر بالضيق الشديد				
<input type="checkbox"/>	٧. أحسست أن مشاكلي أصبحت كثيرة علي				
<input type="checkbox"/>	٨. وجدت صعوبة في النوم أو أن أبقى نائماً				
<input type="checkbox"/>	٩. شعرت بأني لست سعيداً				
<input type="checkbox"/>	١٠. فعلت كل شيء أردت فعله				

شكراً على إجابتك لهذه الأسئلة