



ПОПЪЛВА СЕ ОТ СЛУЖИТЕЛ

кодова институция

Код клиент / пациент

още кодове

дата

D D M M R R R R

Възраст

Ж

М

Етап:
 С- Скрининг, предложение за скрининг/ проучване, остава само скрининг
 Н- Насочване
 О- Оценка
 П- Първа терапевтична сесия
 Д- Други дотерапевтични срещи
 Т-Терапия
 З-Заклучителна терапевтична сесия
 П1 -Проследяване 1 – кодира се П1
 П2 -Проследяване 2 – кодира се П2

Епизод

Важно, моля порчетете преди да попълните

Този формуляр съдържа 10 твърдения относно се до вашето състояние през изминалите седем дни. Моля прочетете всяко твърдение и помислете колко често сте се чувствали по този начин през изминалата седмица. След това отбележете квадратчето, което най- точно отговаря на Вашето състояние.

През изминалата седмица ...

	Никога	Много рядко	Понякога	Често	През повечето време или непрекъснато
1 Чувствах се напрегнат/а, тревожен/а или изнервен/	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 Чувствах, че има към кого да се обърна за подкрепа, когато имах нужда	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Чувствах се способен/а да се справя, когато нещата се объркваха.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Разговорите с хора ми идваха в повече	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 Изпитвах паника и ужас	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 Правех планове да сложа край на живота си	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Трудно заспивах или често се будех	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Чувствах се отчаян и обезнадежден	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Чувствах се нещастен	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Притеснявах ме нежелани образи и спомени	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

ОБЩО (КЛИНИЧЕН РЕЗУЛТАТ)*

* **Изпълнение:** добавете точките на артикулите. След това разделете общата сума на броя завършени елементи, за да получите средната стойност. За да изчислите клиничния резултат, умножете средната стойност по десет. Ако са обработени по-малко от девет елемента, резултатът трябва да се използва много предпазливо.

БЛАГОДАРИМ ЗА ОТДЕЛЕНОТО ОТ ВАС ВРЕМЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕТО НА ТОЗИ ВЪПРОСНИК