



ÚS PROFESSIONAL

Codi del centre:

Codi del client:

Codi del terapeuta:

Data de l'administració:

A A A A M M D D

Edat

Home
Dona

Fase actual
S Cribatge
R Derivació
A Avaluació
F Primera sessió de teràpia
P Previ a la teràpia (no especificat)
D Durant la teràpia
L Última sessió de teràpia
X Seguiment 1
Y Seguiment 2

Fase

Episodi

IMPORTANT — SI US PLAU LLEGEIXI AIXÒ ABANS DE COMENÇAR.
A continuació es presenten 10 frases sobre com ha estat durant **L'ÚLTIMA SETMANA**. Llegeixi cada frase i pensi quantes vegades s'ha sentit així l'última setmana. Marqui clarament la casella que més encaixi amb la realitat. **W**
CIÀGU OSTATNICH 7-DNI.

Durant l'última setmana...

	Mai	Molt poques vegades	Algunes vegades	Moltes vegades	Sempre o gairebé sempre
1 M'he sentit tens, ansiós o nerviós	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 He sentit que tenia algú en qui recolzar-me quan ho he necessitat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 M'he sentit capaç de fer front a les coses quan han anat malament	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 M'ha costat molt parlar amb la gent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 He sentit pànic	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 He fet plans per posar fi a la meua vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 He tingut dificultats per adormir-me o per dormir tota la nit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 M'he sentit desesperat/da o sense esperança	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 M'he sentit infeliç	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 M'han angoixat imatges o records no desitjats	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

TOTAL (PUNTUACIÓ CLÍNICA*)

***Avaluació ràpida si s'han completat tots els ítems:** sumeu les puntuacions dels ítems per obtenir la puntuació clínica. No es recomana calcular una puntuació si s'ha omès més d'un ítem però si se n'han completat nou: Sumeu les puntuacions dels ítems, dividiu per nou per obtenir la puntuació mitjana i, a continuació, multipliqueu per 10 per obtenir la puntuació clínica. *wynik, a następnie pomnóż przez 10, aby uzyskać wynik kliniczny.*

GRÀCIES PER CONTESTAR AQUEST QÜESTIONARI