



CORE-OM

ÚS PROFESSIONAL

Codi del centre:

Edat

Home

Codi del client:

Dona

Codi del terapeuta:

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

Data de l'administració:

 A A A A M M D D

Episodi

IMPORTANT — SI US PLAU LLEGEIXI AIXÒ ABANS DE COMENÇAR.
 A continuació es presenten 34 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.

Durant l'última setmana...

	mai	Molt poques vegades	Algunes vegades	Moltes vegades	Sempre o gairebé sempre	ÚS PROFESSIONAL
1 M'he sentit massa sol/a i aïllat/da	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 M'he sentit tens/a, ansiós/a o nerviós/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 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	F
4 M'he sentit bé amb mi mateix/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
5 M'he sentit sense cap mena d'energia ni entusiasme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
6 He estat violent/a físicament amb algú	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
7 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	F
8 M'han molestat dolors o altres problemes físics	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
9 He pensat en fer-me mal a mi mateix/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
10 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	F
11 La tensió i l'ansietat m'han impedit fer coses importants	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 M'he sentit satisfet/a amb les coses que he fet	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
13 M'han incomodat pensaments i sentiments no desitjats	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
14 He tingut ganes de plorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W

Si us plau giri la pàgina

Durant l'última setmana...

	Mai	Molt poques vegades	Algunes vegades	Moltes vegades	Sempre o gairebé sempre	US PROFESSIONAL
15 He sentit pànic	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 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	<input type="checkbox"/> R
17 M'he sentit superat/da pels meus problemes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 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	<input type="checkbox"/> P
19 He sentit afecte o calidesa per algú	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 M'ha estat impossible deixar de banda els meus problemes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He estat capaç de fer la majoria de coses que necessitava fer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenaçat o intimidat a una altra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 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	<input type="checkbox"/> P
24 He pensat que seria millor si estigués mort/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 M'he sentit criticat/da per altra gent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensat que no tinc amics	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 M'he sentit infeliç	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 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	<input type="checkbox"/> P
29 He estat irritable amb altres persones	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensat que sóc culpable dels meus problemes i dificultats	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 M'he sentit optimista sobre el meu futur	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He aconseguit les coses que volia	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 M'he sentit humiliat/da o avergonyit/da per altra gent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 M'he fet mal físicament o he posat en perill la meua salut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRÀCIES PER CONTESTAR AQUEST QÜESTIONARI

Puntuació total

Puntuacions mitjanes

(puntuació total a cada apartat dividida entre el número de respostes completades en aquell apartat)

(W)

(P)

(F)

(R)

Tots els ítems

Tots menys R