

TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE. APLICAR O TESTE SRQ 20 EM TODOS

Teste: SRQ 20 – Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

| PERGUNTAS | RESPOSTAS |
|---|---|
| 9.1- Você tem dores de cabeça freqüente? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.2- Tem falta de apetite? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.3- Dorme mal? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.4 Assusta-se com facilidade? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.5- Tem tremores nas âos? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a) | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.7- Tem má digestão? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.8- Tem dificuldades de pensar com clareza? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.9- Tem se sentido triste ultimamente? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.10- Tem chorado mais do que de costume? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.12- Tem dificuldades para tomar decisões? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?) | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.15- Tem perdido o interesse pelas coisas? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.17- Tem tido idéia de acabar com a vida? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.18- Sente-se cansado(a) o tempo todo? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.19- Você se cansa com facilidade? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago? | SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> |
| 9.21-Total de respostas SIM | |
| 9.22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve: 1[<input type="checkbox"/>]Sim 2[<input type="checkbox"/>]Não | |

RESULTADO: Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

Use o espaço abaixo para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados

