

Codice Regione: |__|__|

Codice Struttura: |__|__|

Codice Utente: |__|__|__|

Studio "Valutazione dell'offerta e dell'esito dei trattamenti in Comunità Terapeutiche" (VOECT)

Ministero della Salute - Ricerca finalizzata es. fin. 2006

SCL-90* - (Symptom Checklist-90)

(Scheda compilata dal paziente)

DATA COMPILAZIONE |__|__|__|__|__|__|

Compilata in concomitanza con: Ingresso in comunità
 Termine del 3° mese dall'ingresso
 Dimissione

Istruzioni

Nella lista che segue, sono elencati problemi e disturbi che spesso affliggono le persone. Leggila attentamente e cerca di ricordare se ne hai sofferto nella scorsa settimana, oggi compreso, e con quale intensità. **Rispondi a tutte le domande facendo una crocetta sulla risposta** corrispondente all'intensità di ciascun disturbo, considerando che:

0 = per niente; 1 = un poco; 2 = moderatamente; 3 = molto; 4 = moltissimo

N	Negli ultimi 7 giorni hai avuto	Per niente	Un poco	Moderatamente	Molto	Moltissimo
1	Mal di testa	<input type="checkbox"/>				
2	Nervosismo o agitazione interna	<input type="checkbox"/>				
3	Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate	<input type="checkbox"/>				
4	Sensazione di svenimenti o di vertigini	<input type="checkbox"/>				
5	Perdita dell'interesse o del piacere sessuale	<input type="checkbox"/>				
6	Tendenza a criticare gli altri	<input type="checkbox"/>				
7	Convinzione che gli altri possano controllare i tuoi pensieri	<input type="checkbox"/>				
8	Convinzione che gli altri siano responsabili dei tuoi disturbi	<input type="checkbox"/>				
9	Difficoltà a ricordare le cose	<input type="checkbox"/>				
10	Preoccupazioni per la tua negligenza o trascuratezza	<input type="checkbox"/>				
11	Sentirti facilmente infastidito/a o irritato/a	<input type="checkbox"/>				
12	Dolori al cuore o al petto	<input type="checkbox"/>				
13	Paura degli spazi aperti o delle strade	<input type="checkbox"/>				
14	Sentirti debole o fiacco/a	<input type="checkbox"/>				
15	Idee di toglierti la vita	<input type="checkbox"/>				
16	Udire le voci che le altre persone non odono	<input type="checkbox"/>				
17	Tremori	<input type="checkbox"/>				
18	Mancanza di fiducia negli altri	<input type="checkbox"/>				
19	Scarso appetito	<input type="checkbox"/>				
20	Facili crisi di pianto	<input type="checkbox"/>				
21	Sentirti intimidito/a nei confronti dell'altro sesso	<input type="checkbox"/>				

Codice Regione: |_|_|

Codice Struttura: |_|_|

Codice Utente: |_|_|_|

N	Negli ultimi 7 giorni hai avuto	Per niente	Un poco	Moderatamente	Molto	Moltissimo
22	Sensazione di essere preso/a in trappola	<input type="checkbox"/>				
23	Paure improvvise senza ragione	<input type="checkbox"/>				
24	Scatti d'ira incontrollabili	<input type="checkbox"/>				
25	Paura di uscire da solo/a	<input type="checkbox"/>				
26	Rimproverarti per qualsiasi cosa	<input type="checkbox"/>				
27	Dolori alla schiena	<input type="checkbox"/>				
28	Senso di incapacità a portare a termine le cose	<input type="checkbox"/>				
29	Sentirti solo/a	<input type="checkbox"/>				
30	Sentirti giù di morale	<input type="checkbox"/>				
31	Preoccuparti eccessivamente per qualsiasi cosa	<input type="checkbox"/>				
32	Mancanza di interesse	<input type="checkbox"/>				
33	Senso di paura	<input type="checkbox"/>				
34	Sentirti facilmente ferito/a o offeso/a	<input type="checkbox"/>				
35	Convinzione che gli altri percepiscano i tuoi pensieri	<input type="checkbox"/>				
36	Sensazione di non trovare comprensione	<input type="checkbox"/>				
37	Sensazione che gli altri non ti siano amici o ti abbiano in antipatia	<input type="checkbox"/>				
38	Dover fare le cose molto lentamente per essere sicuro/a di farle bene	<input type="checkbox"/>				
39	Palpitazioni o sentirti il cuore in gola	<input type="checkbox"/>				
40	Senso di nausea o mal di stomaco	<input type="checkbox"/>				
41	Sentimenti di inferiorità	<input type="checkbox"/>				
42	Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>				
43	Sensazione che gli altri ti guardino o parlino di te	<input type="checkbox"/>				
44	Difficoltà ad addormentarti	<input type="checkbox"/>				
45	Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fai	<input type="checkbox"/>				
46	Difficoltà a prendere decisioni	<input type="checkbox"/>				
47	Paura di viaggiare in autobus, in metropolitana o in treno	<input type="checkbox"/>				
48	Sentirti senza fiato	<input type="checkbox"/>				
49	Vampate di calore o brividi di freddo	<input type="checkbox"/>				
50	Necessità di evitare certi oggetti	<input type="checkbox"/>				
51	Senso di vuoto mentale	<input type="checkbox"/>				
52	Intorpidimento o formicolio di alcune parti del corpo	<input type="checkbox"/>				
53	Nodo alla gola	<input type="checkbox"/>				
54	Guardare al futuro senza speranza	<input type="checkbox"/>				
55	Difficoltà a concentrarti	<input type="checkbox"/>				
56	Senso di debolezza in qualche parte del corpo	<input type="checkbox"/>				
57	Sentirti teso/a o sulle spine	<input type="checkbox"/>				

Codice Regione: |_|_|

Codice Struttura: |_|_|

Codice Utente: |_|_|_|

N	Negli ultimi 7 giorni hai avuto	Per niente	Un poco	Moderatamente	Molto	Moltissimo
58	Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe	<input type="checkbox"/>				
59	Idee di morte	<input type="checkbox"/>				
60	Mangiare troppo	<input type="checkbox"/>				
61	Senso di fastidio quando la gente ti guarda o parla di te	<input type="checkbox"/>				
62	Avere dei pensieri che non sono tuoi	<input type="checkbox"/>				
63	Sentire l'impulso di colpire, di ferire o di fare del male a qualcuno	<input type="checkbox"/>				
64	Svegliarti presto al mattino senza riuscire a riaddormentarti	<input type="checkbox"/>				
65	Avere bisogno di ripetere lo stesso atto come toccare, contare, lavarti le mani	<input type="checkbox"/>				
66	Sonno inquieto o disturbato	<input type="checkbox"/>				
67	Sentire l'impulso di rompere gli oggetti	<input type="checkbox"/>				
68	Avere idee o convinzioni che gli altri non condividono	<input type="checkbox"/>				
69	Sentirti penosamente imbarazzato/a in presenza di altri	<input type="checkbox"/>				
70	Sentirti a disagio fra la folla come nei negozi, al cinema ecc.	<input type="checkbox"/>				
71	Sensazione che tutto richieda uno sforzo	<input type="checkbox"/>				
72	Momenti di terrore o di panico	<input type="checkbox"/>				
73	Sentirti a disagio quando mangi o bevi in presenza di altri	<input type="checkbox"/>				
74	Ingaggiare frequenti discussioni	<input type="checkbox"/>				
75	Sentirti a disagio quando sei solo/a	<input type="checkbox"/>				
76	Convinzioni che gli altri non apprezzino il tuo lavoro	<input type="checkbox"/>				
77	Sentirti solo/a e triste anche in compagnia	<input type="checkbox"/>				
78	Senso di irrequietezza tanto da non poter stare seduto/a	<input type="checkbox"/>				
79	Sentimenti di inutilità	<input type="checkbox"/>				
80	Sensazione che le cose più comuni e familiari siano estranee o irreali	<input type="checkbox"/>				
81	Urlare o scagliare oggetti	<input type="checkbox"/>				
82	Avere paura di svenire davanti agli altri	<input type="checkbox"/>				
83	Impressione che gli altri possano approfittare di te o delle tue azioni	<input type="checkbox"/>				
84	Pensieri sul sesso che ti affliggono	<input type="checkbox"/>				
85	Idea di dovere scontare i tuoi peccati	<input type="checkbox"/>				
86	Sentirti costretto/a a portare a termine ciò che hai iniziato	<input type="checkbox"/>				
87	Pensieri di avere una grave malattia fisica	<input type="checkbox"/>				
88	Non sentirti mai vicino/a alle altre persone	<input type="checkbox"/>				
89	Sentirti in colpa	<input type="checkbox"/>				
90	Idea che qualche cosa non funzioni bene nella tua mente	<input type="checkbox"/>				

Grazie per la collaborazione