



SRQ (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE) – QUESTIONÁRIO DE AUTO RELATO

PROJETO TOOLKIT - DTN

Identificador do paciente: \_\_\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

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.

Responda às seguintes perguntas à respeito da sua saúde				
1. Tem dores de cabeça frequentes?	Sim (1)	Não (0)		
2. Tem falta de apetite?	Sim (1)	Não (0)		
3. Dorme mal?	Sim (1)	Não (0)		
4. Assusta-se com facilidade?	Sim (1)	Não (0)		
5. Tem tremores de mão?	Sim (1)	Não (0)		
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	Sim (1)	Não (0)		
7. Tem má digestão?	Sim (1)	Não (0)		
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	Sim (1)	Não (0)		
9. Tem se sentido triste ultimamente?	Sim (1)	Não (0)		
10. Tem chorado mais do que de costume?	Sim (1)	Não (0)		
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim (1)	Não (0)		
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim (1)	Não (0)		
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	Sim (1)	Não (0)		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim (1)	Não (0)		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim (1)	Não (0)		
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim (1)	Não (0)		
17. Tem tido ideias de acabar com a vida?	Sim (1)	Não (0)		
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	Sim (1)	Não (0)		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim (1)	Não (0)		
20. Cansa-se com facilidade?	Sim (1)	Não (0)		
			Total	

Hora do término: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_