

SVEBA

(Neri M., Cortelloni C. et al., 1990)

Nome, Cognome e data di compilazione:

- A seconda del protocollo di studio sarà necessario definire l'intervallo di tempo -mesi o anni- oppure usare un termine più generico come "dall'ultima volta che è venuta nel nostro ambulatorio", è necessario chiedere che la risposta sia rapida, "di pancia".

	1	
1- Negli ultimi (anni, mesi) è stato bene la maggior parte del tempo?	SÌ	NO
2 - Si sveglia fresco e riposato la maggior parte delle mattine?	SÌ	NO
3 - Ha mai trascorso dei periodi in cui si sentiva giù di morale e trascurava le proprie faccende?	SÌ	NO
4 - E' soddisfatto del suo sonno?	SÌ	NO
5 - In generale si sente sereno, anche pensando al suo futuro?	SÌ	NO
6 - Le capita di sentire spesso una debolezza generale?	SÌ	NO
7 - A volte è disturbato da palpitazioni di cuore e/o da un respiro affannato? (non dopo uno sforzo)	SÌ	NO
8 - Le succede di sentirsi solo anche se è in buona compagnia?	SÌ	NO
9 - Prova spesso senso di irrequietezza o agitazione, senza apparenti motivi?	SÌ	NO
10 - Le varie attività della sua vita quotidiana le danno soddisfazione?	SÌ	NO
11 - Si sente stabile ed in equilibrio quando sta in piedi o cammina?	SÌ	NO
12 - Pensa che si possa stare bene anche da soli, ogni tanto?	SÌ	NO
13 - Si sente spesso teso, nervoso con il bisogno di scaricarsi, di sfogarsi?	SÌ	NO
14 - Si trova spesso a preoccuparsi di qualcosa?	SÌ	NO
15 - Qualche volta si sente inutile?	SÌ	NO
Totale		/15

Punteggio:	0/3	normale
	4/5	border line
	6/9	patologico
	≥ 10	clinic.rilevante

Osservazioni _____

SVEBA

(Neri M., Cortelloni C. et al., 1990)

Nome, Cognome e data di compilazione: _____

		1	
1 - Negli ultimi (anni, mesi) è stato bene la maggior parte del tempo?	SÌ	NO	
2 - Si sveglia fresco e riposato la maggior parte delle mattine?	SÌ	NO	
3 - Ha mai trascorso dei periodi in cui si sentiva giù di morale e trascurava le proprie faccende?		SÌ	NO
4 - E' soddisfatto del suo sonno?	SÌ	NO	
5 - In generale si sente sereno, anche pensando al suo futuro?	SÌ	NO	
6 - Le capita di sentire spesso una debolezza generale?		SÌ	NO
7 - A volte è disturbato da palpitazioni di cuore e/o da un respiro affannato? (non dopo uno sforzo)		SÌ	NO
8 - Le succede di sentirsi solo anche se è in buona compagnia?		SÌ	NO
9 - Prova spesso senso di irrequietezza o agitazione, senza apparenti motivi?		SÌ	NO
10 - Le varie attività della sua vita quotidiana le danno soddisfazione?	SÌ	NO	
11 - Si sente stabile ed in equilibrio quando sta in piedi o cammina?	SÌ	NO	
12 - Pensa che si possa stare bene anche da soli, ogni tanto?	SÌ	NO	
13 - Si sente spesso teso, nervoso con il bisogno di scaricarsi, di sfogarsi?		SÌ	NO
14 - Si trova spesso a preoccuparsi di qualcosa?		SÌ	NO
15 - Qualche volta si sente inutile?		SÌ	NO
Totale			/15

Punteggio:	≤ 4	normale
	da 5 a 6	border line
	> 6	patologico

Osservazioni _____

- A seconda del protocollo di studio sarà necessario definire l'intervallo di tempo -mesi o anni- oppure usare un termine più generico come "nell'ultimo periodo"