GHQ-12

ID Paziente_____ Data_____

Durante le ultime settimane:

1. Avete perso molto sonno per delle preoccupazioni?

No	*Non più del solito*	*Un po' più del solito*	*Molto più del solito*

2. Vi siete sentiti costantemente sotto stress (tensione)?

No	*Non più del solito*	*Un po' più del solito*	*Molto più del solito*

3. Siete stato in grado di concentrarvi sulle cose che facevate?

Meglio del Solito	*Come al Solito*	*Meno del Solito*	*Molto meno del solito*

4. Vi siete sentiti utili?

Più del solito	*Come al Solito*	*Meno del Solito*	*Molto meno del solito*

5. Siete stato in grado di affrontare i vostri problemi?

Più del solito	*Come al Solito*	*Meno del Solito*	*Molto meno del solito*

6. Vi siete sentiti capaci di prendere decisioni?

Più del solito	*Come al Solito*	*Meno del Solito*	*Molto meno del solito*

7. Avete avuto l'impressione di non essere in grado di superare le difficoltà?

No	*Non più del solito*	*Un po' più del solito*	*Molto più del solito*

8. Vi siete sentiti, tutto sommato, abbastanza contenti?

Più del solito	*Come al Solito*	*Meno del Solito*	*Molto meno del solito*

9. Siete stati in grado di svolgere volentieri le Vostre attività quotidiane?

Più del solito	*Come al Solito*	*Meno del Solito*	*Molto meno del solito*

10. Vi siete sentiti infelici o depressi?

No	*Non più del solito*	*Un po' più del solito*	*Molto più del solito*

11. Avete perso fiducia in voi stessi?

No	*Non più del solito*	*Un po' più del solito*	*Molto più del solito*

12. Avete pensato di essere una persona senza valore?

No	*Non più del solito*	*Un po' più del solito*	*Molto più del solito*