

GAD7

ESCALA DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Código participante: _____ Data: ____/____/____

ONLY THE PATIENT (SUBJECT) SHOULD ENTER INFORMATION ONTO THIS QUESTIONNAIRE.

DURANTE OS ÚLTIMOS 14 DIAS, EM QUANTOS DIAS VOCÊ FOI AFETADO/A POR ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS:	NUNCA	VÁRIOS DIAS	MAIS DA METADE DOS DIAS	QUASE TODOS OS DIAS
1. Me senti nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a	0	1	2	3
2. Fui incapaz de parar de me preocupar ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Me preocupei demais com diferentes assuntos	0	1	2	3
4. Tive dificuldade em relaxar	0	1	2	3
5. Estive tão inquieto/a que era difícil ficar sossegado/a	0	1	2	3
6. Estive facilmente incomodado/a ou irritável	0	1	2	3
7. Senti receio, como se algo terrível pudesse acontecer.	0	1	2	3

PARA O TÉCNICO: _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = **TOTAL DE PONTOS:** _____

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

- 0-4: Ansiedade mínima
- 5-9: Ansiedade leve
- 10-14: Ansiedade moderada
- 15-21: Ansiedade grave

NOTA:

Um escore total igual ou superior a 10 indica a presença de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG).