

NOME/IDENTIFICAÇÃO:

DATA:

**Estamos interessados na sua opinião sobre as suas experiências incomuns ou únicas. NÃO estamos interessados no que outros possam querer que pense.**

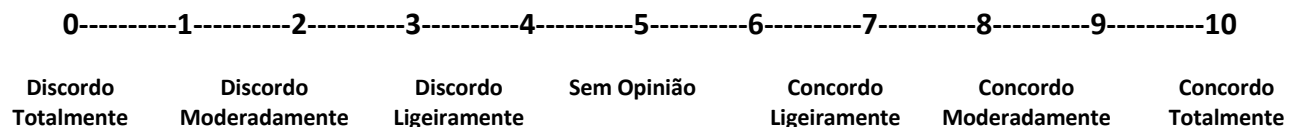
**Indique, lendo as questões e selecionando  Sim ou Não, se alguma vez teve alguma das seguintes experiências incomuns ou únicas.**

	Sim	Não
A) Alguma vez teve visões ou viu coisas que os outros não conseguem ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Alguma vez teve medo que alguém, alguma força ou entidade andasse a persegui-lo(a) ou a tentar magoá-lo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Alguma vez recebeu mensagens especiais dirigidas só a si no jornal, televisão, rádio, ou outro aparelho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Alguma vez recebeu mensagens especiais dirigidas só a si de pessoas desconhecidas na rua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Alguma vez teve algum dom ou capacidade especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Alguma vez conseguiu ler mentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Alguma vez sentiu que outros conseguiam ler os seus pensamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Alguma vez sentiu que os seus pensamentos eram transmitidos para outros ouvirem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Alguma vez teve uma relação com Deus mais especial do que as outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Alguma vez comunicou com seres espirituais, como anjos ou demónios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Alguma vez comunicou com extra-terrestres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) Alguma vez se sentiu excessivamente culpado(a)? Ou que tinha feito algo muito mau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) Alguma vez sentiu que os seus pensamentos ou ações eram controlados por uma força exterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) Alguma vez sentiu que estava possuído(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Alguma vez teve a sensação de que algo tinha mudado no seu corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P) Alguma vez sentiu que o seu corpo ou uma parte do seu corpo estava doente ou a morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q) Outra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

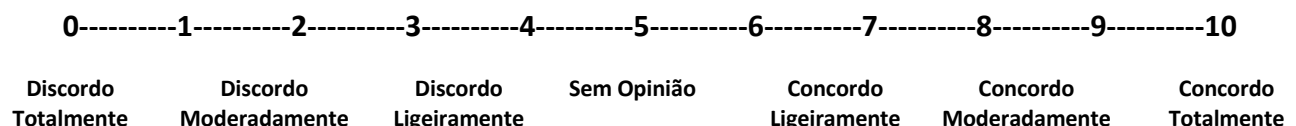
**Selecione a experiência incomum ou única mais intensa entre as mencionadas acima. Escreva aqui a letra correspondente \_\_\_\_\_.**

**Tendo em conta a sua experiência mais intensa, indique até que ponto concorda ou discorda, neste momento, de cada uma das seguintes afirmações, faça um círculo à volta do número mais adequado.**

1) As minhas experiências incomuns ou únicas devem-se à minha doença mental.



2) As minhas experiências incomuns ou únicas são REAIS independentemente do que as outras pessoas pensam (por exemplo médicos, família, amigos, etc.).



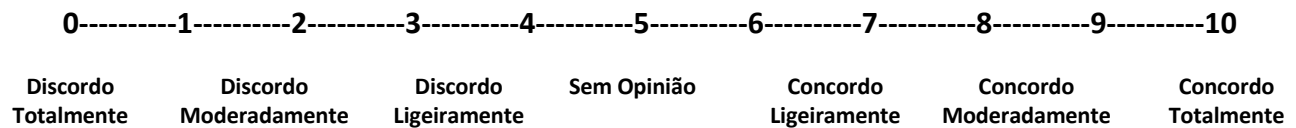
Indique, lendo a questão e assinalando  Sim ou Não, se alguma vez teve a seguinte experiência incomum ou única.

	Sim	Não
Alguma vez ouviu vozes ou sons que os outros não conseguem ouvir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

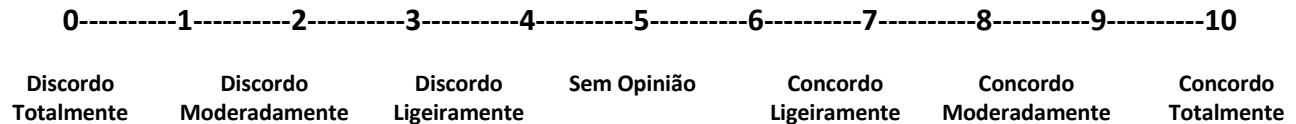
Se assinalou 'NÃO,' por favor avance para a página seguinte.

Se assinalou 'SIM', indique o quanto concorda ou discorda, neste momento, de cada uma das seguintes afirmações, faça um círculo à volta do número mais adequado.

3) As vozes que as outras pessoas não conseguem ouvir são REAIS, independentemente do que o meu médico, a minha família ou os meus amigos pensam.



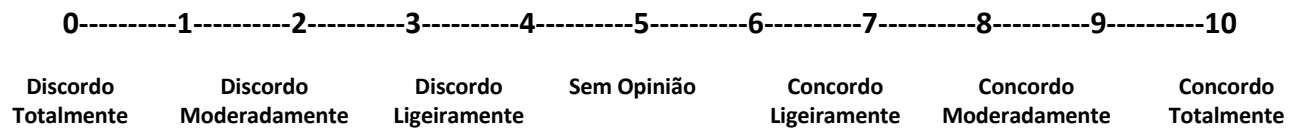
4) A minha doença mental fez com que eu ouvisse vozes que as outras pessoas não conseguem ouvir.



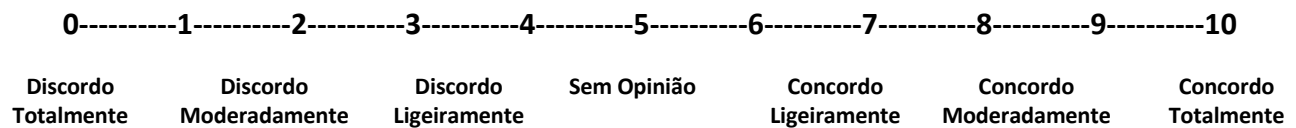
**POR FAVOR AVANCE PARA A PÁGINA SEGUINTE**

Por favor indique até que ponto concorda ou discorda, neste momento, de cada uma das seguintes afirmações, faça um círculo à volta do número mais adequado.

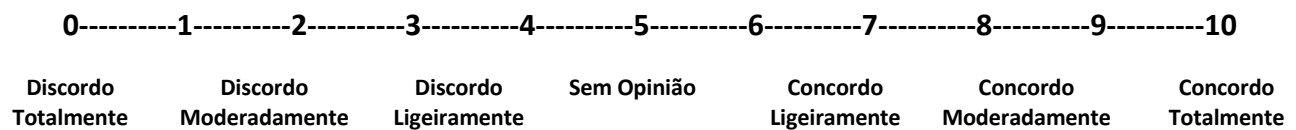
- 5) Eu acredito realmente que tenho uma doença/perturbação mental (por exemplo Esquizofrenia, Perturbação Esquizoafetiva, Perturbação Bipolar, Depressão com Psicose, etc.).



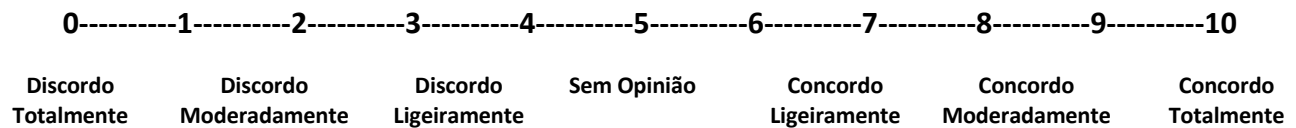
- 6) Eu PRECISO definitivamente de tratamento com medicação antipsicótica.



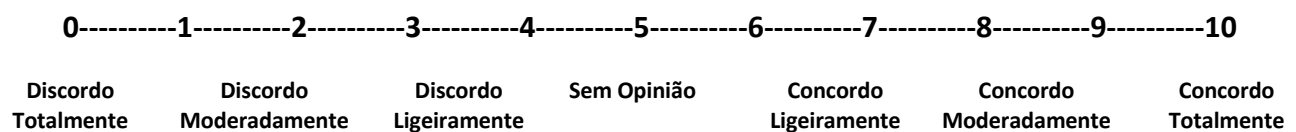
- 7) Eu sempre fui mentalmente saudável.



- 8) Eu deveria parar ou evitar tomar medicação antipsicótica.

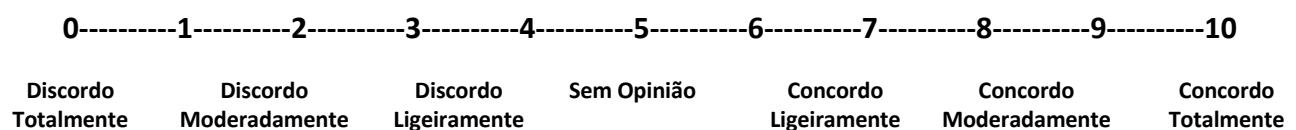


- 9) As minhas experiências incomuns ou únicas levaram a consequências negativas na minha vida (por exemplo internamento, problemas profissionais, familiares ou sociais).



- 10) A medicação antipsicótica diminuiu a intensidade das minhas experiências incomuns ou únicas.

Não Aplicável uma vez que nunca tomei medicação antipsicótica.



**FIM**

NOME/IDENTIFICAÇÃO:

DATA:

<b>Categoria de Consciência</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Cotação<sup>1</sup></b>
<b>Consciência de Doença</b>	$\frac{Q5\_\_ + (10 - Q7\_\_)}{\div \text{total \# de respostas \_\_}}$	
<b>Atribuição Sintomática</b>	$\frac{Q1\_\_ + (10 - Q2\_\_) + (10 - Q3\_\_) + Q4\_\_}{\div \text{total \# de respostas \_\_}^*}$ *Excluir questões indicadas como N/A	
<b>Consciência de Necessidade de Tratamento</b>	$\frac{Q6\_\_ + (10 - Q8\_\_) + Q10\_\_}{\div \text{total \# de respostas \_\_}^*}$ *Excluir questões indicadas como N/A	
<b>Consciência de Consequências Negativas</b>	$Q9\_\_$	
	<b>Subtotal (soma das cotações)</b>	
<b>VAGUS-SR Cotação Total<sup>2</sup></b>	$\text{Subtotal} \div \_\_$	

<sup>1</sup> A Cotação para cada Categoria de Consciência deve ser deixada em branco se NENHUM dos itens tiver sido preenchido nessa categoria.

<sup>2</sup> O cálculo da Cotação Total deve ser o Subtotal ÷ 4 ou o número de Categorias de Consciência para as quais uma cotação pôde ser calculada.