



Lista de Verificação da Ansiedade de Leahy

Regiane de Paula Floriano — CRP 06/100895

Psicologia / Neuropsicologia / Sono

Avaliação dos Sentimentos da Semana

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Classifique os sentimentos da coluna da esquerda com o número que mais precisamente descreve o modo como você se sentiu na semana passada, usando a escala abaixo.

0	1	2	3
nada / nunca verdadeiro	quase nunca verdadeiro	verdadeiro às vezes	sempre verdadeiro

SENTIMENTO	PONTUAÇÃO
1. Sentir-se trêmulo	
2. Ser incapaz de relaxar	
3. Sentir-se inquieto	
4. Ficar cansado com facilidade	
5. Ter dores de cabeça	
6. Falta de fôlego	
7. Estar tonto ou “aéreo”	
8. Ter necessidade de urinar com frequência	
9. Suar (sem relação com o calor)	
10. Sentir o coração batendo forte	
11. Sentir o estômago queimando ou incômodo estomacal	
12. Irritar-se facilmente	
13. Agitar-se facilmente	
14. Ter dificuldade para dormir	
15. Preocupar-se muito	
16. Ter dificuldade para controlar preocupações	
17. Ter dificuldade para se concentrar	
Pontuação de Ansiedade Generalizada (soma dos 17 itens)	

Interpretação: escores entre 5 e 10 refletem uma ansiedade leve; entre 11 e 15, ansiedade moderada; e 16 ou mais, ansiedade severa.