

Pakiet formularzy klinicznych do EMDR

Gotowe do wydruku formularze do prowadzenia dokumentacji EMDR: wywiad wstępny, historia kliniczna, plan leczenia i notatki z postępów. Pomagają uporządkować informacje o kliencie, usprawnić dokumentację i zaoszczędzić czas na każdej sesji. Dodatkowe oznaczenie: 50 profesjonalnych kart dokumentacyjnych do wypełnienia cyfrowego lub ręcznego



50 profesjonalnych kart dokumentacyjnych do wypełnienia cyfrowego lub ręcznego

Wywiad i historia kliniczna

Planowanie leczenia

Dokumentacja sesji i postępów

Prawa autorskie, zakres zastosowania i odpowiedzialność kliniczna

Określić sposób korzystania z produktu, jego ograniczenia oraz odpowiedzialność użytkownika za dostosowanie formularzy do własnej praktyki.

Określić sposób korzystania z produktu, jego ograniczenia oraz odpowiedzialność użytkownika za dostosowanie formularzy do własnej praktyki.

„© Wszystkie prawa zastrzeżone.

Niniejszy pakiet jest przeznaczony do użytku zawodowego przez osobę, która legalnie nabyła dostęp do produktu.

Formularze można drukować i uzupełniać w ramach własnej praktyki zawodowej. Nie wolno odsprzedawać, publikować, udostępniać publicznie, przekazywać innym specjalistom ani rozpowszechniać pustych lub zmodyfikowanych formularzy bez zgody właściciela praw autorskich.

Pakiet jest narzędziem wspierającym organizację dokumentacji klinicznej. Nie stanowi szkolenia EMDR, instrukcji samodzielnego prowadzenia terapii, narzędzia diagnostycznego, opinii prawnej ani substytutu superwizji lub konsultacji klinicznej.

Korzystanie z formularzy nie zastępuje indywidualnej oceny klienta, profesjonalnego osądu, monitorowania bezpieczeństwa ani podejmowania decyzji zgodnie z aktualną sytuacją kliniczną.

Użytkownik odpowiada za dostosowanie dokumentów do:

- obowiązującego prawa,
- zasad etycznych właściwych dla jego zawodu,
- wymagań dotyczących świadomej zgody,
- zasad ochrony danych i poufności,
- procedur prowadzenia dokumentacji,
- zasad przechowywania i usuwania danych,
- wymogów organizacji lub placówki,
- zakresu własnych kwalifikacji.

Pakiet powinien być używany wyłącznie przez specjalistów posiadających odpowiednie przygotowanie do pracy klinicznej i prowadzenia terapii EMDR.

Żaden formularz nie może być używany jako automatyczna podstawa do postawienia diagnozy, rozpoczęcia przetwarzania, określenia gotowości klienta ani zastąpienia pełnej oceny ryzyka.

Przed użyciem formularza zgody, upoważnienia do wymiany informacji lub dokumentu dotyczącego bezpieczeństwa należy sprawdzić jego zgodność z wymaganiami obowiązującymi w miejscu prowadzenia praktyki.

SEKCJA WYRÓŻNIONA

„Formularze pomagają uporządkować informacje. Nie podejmują decyzji klinicznych za terapeutę.

Spis treści

Wprowadzenie i organizacja

Prawa autorskie i zasady korzystania	01
Spis treści	02
Instrukcja korzystania z pakietu	03

MODUŁ 1 — DANE, ZGODY I ORGANIZACJA DOKUMENTACJI

Karta specjalisty i placówki	05
Karta identyfikacyjna klienta	06
Potwierdzenie omówienia terapii EMDR i świadomej zgody	07
Kontakty bezpieczeństwa i preferencje reagowania kryzysowego	08
Upoważnienie do wymiany informacji	09

MODUŁ 2 — WYWIAD WSTĘPNY I HISTORIA KLINICZNA

Powód zgłoszenia i aktualne trudności	11
Cele terapii i oczekiwane zmiany	12
Historia zdrowia psychicznego i wcześniejszego leczenia	13
Zdrowie fizyczne, neurologiczne, leki i używanie substancji	14
Mapa doświadczeń traumatycznych i obciążających	15
Historia rozwojowa, relacyjna i dostępne wsparcie	16
Wskaźniki dysocjacji, stabilności i gotowości	17
Ocena ryzyka i plan bezpieczeństwa	18

MODUŁ 3 — KONCEPTUALIZACJA PRZYPADKU I PLAN LECZENIA

Konceptualizacja przypadku	20
Mapa przeszłość-teraźniejszość-przyszłość	21
Główna lista i kolejność celów	22

Rozszerzona karta oceny pojedynczego celu	23
Lista kontrolna przygotowania i gotowości	24
Plan zasobów, stabilizacji i regulacji	25
Indywidualny plan leczenia EMDR	26
Rejestr decyzji klinicznych i zmian planu	27
Notatka z konsultacji lub supervizji	28

MODUŁ 4 — DOKUMENTACJA SESJI I OŚMIU FAZ EMDR

Karta rozpoczęcia sesji i ponownej oceny	30
Faza 1: historia i planowanie leczenia	31
Faza 2: przygotowanie	32
Faza 3: ocena celu	33
Faza 4: desensytyzacja	34
Faza 5: instalacja	35
Faza 6: skan ciała	36
Faza 7: zamknięcie	37
Faza 8: ponowna ocena	38
Rozszerzona notatka z sesji	39
Skrócona notatka z postępów	40

MODUŁ 5 — MONITOROWANIE, BEZPIECZEŃSTWO I ZAKOŃCZENIE TERAPII

Długoterminowy rejestr SUD i VOC	42
Zbiorcza karta postępów celów	43
Monitorowanie objawów i funkcjonowania	44
Rejestr destabilizacji i zdarzeń klinicznych	45
Koordinacja opieki i skierowania	46
Okresowy przegląd planu leczenia	47
Podsumowanie zakończenia lub przeniesienia terapii	48
Główna lista kompletności dokumentacji	49

Instrukcja korzystania z pakietu

Wyjaśnić, jak wybierać, uzupełniać, aktualizować, przechowywać i drukować formularze bez tworzenia wrażenia, że wszystkie dokumenty muszą być stosowane wobec każdego klienta.

Wyjaśnić, jak wybierać, uzupełniać, aktualizować, przechowywać i drukować formularze bez tworzenia wrażenia, że wszystkie dokumenty muszą być stosowane wobec każdego klienta.

„Pakiet został zaprojektowany jako modułowy system dokumentacji. Nie każdy formularz będzie potrzebny podczas każdej sesji ani w pracy z każdym klientem.

Specjalista wybiera dokumenty zgodnie z etapem terapii, potrzebami klienta, zakresem własnej praktyki oraz obowiązującymi zasadami prowadzenia dokumentacji.

SEKcja 1 — PRZED ROZPOCZĘCIEM PRACY

Lista kontrolna

- | | |
|---|--|
| ☐ Uzupełnij kartę specjalisty i placówki. | ☐ Dostosuj treść formularzy zgody do lokalnych wymagań. |
| ☐ Ustal sposób oznaczania dokumentów klienta. | ☐ Sprawdź zasady bezpiecznego przechowywania danych. |
| ☐ Zdecyduj, które pola mają być obowiązkowe w Twojej praktyce. | ☐ Usuń lub zmodyfikuj elementy niezgodne z zakresem Twojej pracy. |
| ☐ Ustal sposób rejestrowania dat, numerów sesji i podpisów. | |

SEKcja 2 — PODCZAS PIERWSZYCH SPOTKAŃ

Zalecana kolejność organizacyjna:

1. Karta identyfikacyjna klienta.
2. Omówienie terapii i świadomej zgody.
3. Kontakty bezpieczeństwa.
4. Powód zgłoszenia.

SEKcja 3 — PODCZAS PLANOWANIA TERAPII

Wskazać formularze:

SEKcja 4 — PODCZAS DOKUMENTOWANIA SESJI

Wyjaśnić dwa poziomy notatek:

Rozszerzona notatka:

Do użycia podczas pierwszych sesji, pracy z nowym celem, wystąpienia istotnej reakcji, zmiany planu albo konieczności dokładniejszego udokumentowania decyzji klinicznych.

Skrócona notatka:

Do użycia podczas stabilnej kontynuacji procesu, gdy najważniejsze informacje można zapisać w krótszej formie zgodnej z wymaganiami praktyki.

SEKcja 5 — ZASADY WPISYWANIA INFORMACJI

- używać języka opisowego i neutralnego,
- oddzielać wypowiedzi klienta od obserwacji terapeuty,
- zapisywać konkretne zachowania zamiast ocen charakteru,
- dokumentować istotne decyzje kliniczne i ich uzasadnienie,
- zaznaczać zmiany planu,

SEKcja 6 — OZNACZENIA PUSTYCH PÓL

Legenda:

„Nie dotyczy” — pole nie ma zastosowania.

„Nie oceniono” — element nie został oceniony.

„Klient odmówił odpowiedzi” — klient nie wyraził zgody na udzielenie informacji.

„Do uzupełnienia” — informacja zostanie zebrana później.

SEKcja 7 — WYDRUK I WERSJA CYFROWA

- każda strona powinna drukować się oddzielnie,
- pola nie mogą zostać ucięte na krawędzi,
- znaczniki wyboru muszą być czytelne po wydrukowaniu,
- wersja cyfrowa powinna pozwalać na wpisywanie tekstu bez przesuwania układu,
- długie odpowiedzi mogą automatycznie zmniejszać rozmiar tekstu wyłącznie do ustalonego minimum,

„Ten moduł porządkuje podstawowe informacje dotyczące specjalisty, klienta, świadomej zgody, poufności, kontaktów bezpieczeństwa i wymiany informacji. Formularze należy dostosować do lokalnych przepisów, zasad etycznych oraz procedur obowiązujących w placówce. Ich celem nie jest zastąpienie rozmowy z klientem. Mają pomóc udokumentować, jakie informacje zostały omówione, jakie decyzje podjęto i jakie zasady kontaktu zostały wspólnie ustalone.” Sekcja: Formularze w tym module — karta specjalisty i placówki, — karta identyfikacyjna klienta, — potwierdzenie omówienia EMDR i świadomej zgody, — kontakty bezpieczeństwa,

karta specjalisty i placówki,

karta identyfikacyjna klienta,

potwierdzenie omówienia EMDR i
świadomej zgody,

kontakty bezpieczeństwa,

upoważnienie do wymiany informacji,

kontakty bezpieczeństwa,

upoważnienie do wymiany informacji.

Karta specjalisty i placówki

„Uzupełnij dane zgodnie z wymaganiami swojej praktyki. Nie wpisuj informacji, których nie potrzebujesz do prowadzenia dokumentacji.

SEKCJA A — DANE SPECJALISTY

Imię i nazwisko

Tytuł zawodowy lub zawód

Numer uprawnienia, rejestru albo licencji, jeśli dotyczy

Zakres praktyki

SEKCJA B — DANE PLACÓWKI LUB PRAKTYKI

Nazwa placówki lub praktyki

Adres prowadzenia praktyki

Telefon służbowy

Adres poczty elektronicznej

SEKCJA C — ORGANIZACJA DOKUMENTACJI

- ☐ pełne imię i nazwisko ☐ inicjały
☐ numer klienta ☐ numer dokumentacji
☐ inny:

- ☐ system elektroniczny ☐ dokumentacja papierowa
☐ model mieszany ☐ inne:

Osoba lub podmiot odpowiedzialny za ochronę danych, jeśli dotyczy

Standardowy okres przechowywania dokumentacji

SEKCJA D — DANE DO SYTUACJI PILNYCH

Lokalny numer alarmowy

Najbliższa placówka udzielająca pilnej pomocy

Adres placówki

Inne lokalne źródło pomocy kryzysowej

SEKCJA E — USTAWIENIA AUTOMATYCZNE DOKUMENTU

- ☐ dzień-miesiąc-rok ☐ rok-miesiąc-dzień
☐ inny:

- ☐ 24-godzinny ☐ 12-godzinny
☐ kolejny numer ☐ data
☐ numer i data ☐ inne:

Dodatkowe oznaczenie dokumentów

SEKCJA F — POTWIERDZENIE AKTUALNOŚCI

Data utworzenia karty

Data ostatniej aktualizacji

Planowana data kolejnego przeglądu

Podpis lub oznaczenie specjalisty

Karta identyfikacyjna klienta

„Zbieraj wyłącznie informacje potrzebne do świadczenia usług, kontaktu, identyfikacji dokumentacji i zapewnienia bezpieczeństwa.

SEKCJA A — IDENTYFIKACJA DOKUMENTACJI

Numer klienta

Numer dokumentacji

Data utworzenia karty

Specjalista prowadzący

SEKCJA B — DANE KLIENTA

Imię i nazwisko

Preferowane imię

Data urodzenia

Zaimki lub preferowana forma zwracania się, jeśli klient chce podać

SEKCJA C — DANE KONTAKTOWE

Telefon

Adres poczty elektronicznej

- | | |
|---|---|
| ☐ telefon | ☐ wiadomość tekstowa |
| ☐ poczta elektroniczna | ☐ system placówki |
| ☐ inny: | ☐ tak |

Preferowane godziny kontaktu

SEKCJA D — OSOBA WSKAZANA DO KONTAKTU

Imię i nazwisko

Relacja z klientem

Telefon

- | | |
|---|--|
| ☐ wyłącznie w sytuacji bezpośredniego zagrożenia | ☐ w sytuacji utraty kontaktu z klientem |
| ☐ w sytuacji wymagającej organizacji pilnej pomocy | ☐ zgodnie z oddzielnym upoważnieniem |
| ☐ inny: | |

SEKCJA E — INFORMACJE ORGANIZACYJNE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ samodzielne zgłoszenie | ☐ lekarz |
| ☐ psycholog lub psychoterapeuta | ☐ placówka |
| ☐ ubezpieczyciel | ☐ inne: |

Imię i nazwisko osoby kierującej, jeśli dotyczy

Inni aktualnie zaangażowani specjaliści

Preferowany język terapii

SEKCJA F — ZGODA NA POPRAWNOŚĆ DANYCH

Data

Podpis klienta, jeśli jest wymagany

Podpis specjalisty lub oznaczenie przyjęcia danych

Potwierdzenie omówienia terapii EMDR i świadomej zgody

„Ten szablon należy dostosować do prawa, zasad etycznych, zakresu praktyki i procedur obowiązujących w miejscu świadczenia usług. Podpisany formularz nie zastępuje rozmowy i bieżącego sprawdzania zgody klienta.

SEKCJA A — POTWIERDZENIE OMÓWIONYCH INFORMACJI

Terapeuta omówił ze mną

- | | |
|--|--|
| ☐ ogólny charakter terapii EMDR, | ☐ osiem faz procesu terapii, |
| ☐ sposób ustalania celów terapeutycznych, | ☐ możliwość stosowania stymulacji bilateralnej, |
| ☐ dostępne formy stymulacji bilateralnej, | |

SEKCJA B — STYMULACJA BILATERALNA

- | | |
|--|--|
| ☐ ruchy oczu | ☐ naprzemienne dźwięki |
| ☐ samodzielne naprzemienne dotknięcia | ☐ dotknięcia prowadzone przez terapeutę po odrębnej zgodzie |
| ☐ inna forma: | |

Preferencje klienta

Formy, na które klient obecnie nie wyraża zgody

SEKCJA C — PRAWO KLIENTA DO WYBORU

Klient został poinformowany, że może

- | | |
|---|--|
| ☐ zadawać pytania, | ☐ nie odpowiadać na wybrane pytanie, |
| ☐ poprosić o wolniejsze tempo, | ☐ poprosić o zmianę formy stymulacji, |
| ☐ odmówić dotyku, | |

Ustalony sygnał zatrzymania

SEKCJA D — MOŻLIWE REAKCJE

Omówiono możliwość wystąpienia

- | | |
|--|---|
| ☐ przejściowego wzrostu napięcia, | ☐ intensywnych emocji, |
| ☐ nowych skojarzeń lub wspomnień, | ☐ żywych snów, |
| ☐ zmęczenia po sesji, | |

„Nie można zagwarantować określonego wyniku terapii. Reakcje są indywidualne, a plan pracy może wymagać zmiany.

SEKCJA E — PYTANIA KLIENTA

Pytania zadane przez klienta

Odpowiedzi lub dodatkowe wyjaśnienia terapeuty

Tematy wymagające ponownego omówienia

SEKCJA F — POTWIERDZENIE ZGODY

Imię i nazwisko klienta

Data

Podpis klienta, jeśli jest wymagany

Kontakty bezpieczeństwa i preferencje reagowania kryzysowego

„Formularz nie zastępuje pełnej oceny ryzyka ani indywidualnego planu bezpieczeństwa. Należy aktualizować go po zmianie danych, miejsca pobytu, sytuacji klinicznej lub osób wskazanych do kontaktu.

SEKCJA A — AKTUALNE MIEJSCE POBYTU

Podstawowy adres pobytu klienta

Inne miejsce częstego pobytu

- | | |
|--|---|
| ☐ aktualne miejsce pobytu, | ☐ możliwość bezpiecznej i prywatnej rozmowy, |
| ☐ numer telefonu do kontaktu, | ☐ możliwość wezwania lokalnej pomocy. |

SEKCJA B — OSOBA DO KONTAKTU W SYTUACJI BEZPIECZEŃSTWA

Imię i nazwisko

Relacja z klientem

Telefon

SEKCJA C — LOKALNA POMOC

Lokalny numer alarmowy

Najbliższa placówka pilnej pomocy

Adres placówki

SEKCJA D — PREFERENCJE KLIENTA

Gdy zauważam silne przeciążenie, zwykle pomaga mi

- | | |
|--|---|
| ☐ spokojny głos | ☐ ograniczenie liczby pytań |
| ☐ przypomnienie o aktualnym miejscu i dacie | ☐ więcej fizycznej przestrzeni |
| ☐ inne: | |
| ☐ dotyk bez zgody | ☐ podniesiony głos |
| ☐ wiele osób w pomieszczeniu | ☐ blokowanie wyjścia |
| ☐ inne: | |

SEKCJA E — WCZESNE SYGNAŁY POGORSZENIA

Klient rozpoznaje następujące sygnały

- | | |
|---|--|
| ☐ narastające odłączenie | ☐ utrata orientacji |
| ☐ silne pobudzenie | ☐ nagłe wycofanie |
| ☐ inne: | |

Opis indywidualnych sygnałów

SEKCJA F — UZGODNIONA KOLEJNOŚĆ DZIAŁAŃ

1. Pierwsze działanie terapeuty

2. Osoba, z którą należy się skontaktować

3. Placówka lub służba, z którą należy się skontaktować

SEKCJA G — POTWIERDZENIE AKTUALNOŚCI

Data utworzenia

Data ostatniego przeglądu

Data kolejnego planowanego przeglądu

Upoważnienie do wymiany informacji

„Szablon musi zostać dostosowany do obowiązujących przepisów, zasad poufności, wymagań zawodowych i polityki placówki. Formularz nie może być traktowany jako uniwersalny dokument prawny.

SEKCJA A — DANE KLIENTA

Imię i nazwisko klienta

Data urodzenia lub numer dokumentacji

Specjalista prowadzący

SEKCJA B — OSOBA LUB PODMIOT UPOWAŻNIONY

Nazwa albo imię i nazwisko

Rola lub specjalizacja

Placówka

SEKCJA C — KIERUNEK WYMIANY INFORMACJI

Wyrażam zgodę na

- | | |
|--|---|
| ☐ przekazywanie informacji przez mojego terapeutę | ☐ otrzymywanie informacji przez mojego terapeutę |
| ☐ dwukierunkową wymianę informacji | ☐ jednorazowe przekazanie wskazanego dokumentu |

SEKCJA D — CEL WYMIANY

- | | |
|--|--|
| ☐ koordynacja leczenia | ☐ konsultacja diagnostyczna |
| ☐ konsultacja psychiatryczna | ☐ konsultacja medyczna |
| ☐ przekazanie do innego specjalisty | |

SEKCJA F — SPOSÓB PRZEKAZANIA

- | | |
|--|--|
| ☐ bezpieczny system elektroniczny | ☐ szyfrowana poczta elektroniczna |
| ☐ telefon | ☐ rozmowa podczas spotkania zespołu |
| ☐ dokument papierowy | |

Ograniczenia dotyczące sposobu kontaktu

SEKCJA G — OKRES OBOWIĄZYWANIA

Upoważnienie obowiązuje

- | | |
|---|---|
| ☐ do wskazanej daty: _____ | ☐ do zakończenia określonego celu: _____ |
| ☐ jednorazowo | ☐ do zakończenia terapii, o ile lokalne zasady na to pozwalają |
| ☐ przez inny okres: _____ | |

SEKCJA H — WYCOFANIE ZGODY

Preferowany sposób przekazania wycofania zgody

SEKCJA I — PODPISY

Imię i nazwisko klienta

Podpis klienta, jeśli jest wymagany

Data

SEKCJA J — REJESTR WYKORZYSTANIA UPOWAŻNIENIA

Data wymiany informacji

Osoba lub podmiot

Zakres przekazanych lub otrzymanych informacji

„Wywiad kliniczny w terapii EMDR nie powinien ograniczać się do stworzenia listy traumatycznych wydarzeń. Ważne są również aktualne trudności, historia zdrowia psychicznego i fizycznego, wcześniejsze leczenie, funkcjonowanie relacyjne, używanie substancji, zasoby, czynniki ochronne, wskaźniki dysocjacji oraz możliwe zagrożenia. Formularze w tym module pomagają zbierać informacje w uporządkowany sposób. Nie zastępują elastycznej rozmowy, obserwacji klinicznej ani stosowania właściwych narzędzi diagnostycznych. Klient powinien otrzymać informację, dlaczego dane pytanie jest zadawane, oraz możliwość odmowy odpowiedzi, jeżeli nie ma obowiązku jej udzielić.”

Sekcja: Formularze w tym module — powód zgłoszenia i aktualne trudności, — cele terapii i oczekiwane zmiany, — historia zdrowia psychicznego i wcześniejszego leczenia, — zdrowie fizyczne, neurologiczne, leki i substancje,

powód zgłoszenia i aktualne trudności,

cele terapii i oczekiwane zmiany,

historia zdrowia psychicznego i wcześniejszego leczenia,

zdrowie fizyczne, neurologiczne, leki i substancje,

mapa doświadczeń traumatycznych i obciążających,

historia rozwojowa i relacyjna,

wskaźniki dysocjacji, stabilności i gotowości,

ocena ryzyka i plan bezpieczeństwa.

Powód zgłoszenia i aktualne trudności

„W pierwszej kolejności zapisz sposób, w jaki klient sam opisuje problem. Następnie dodaj obserwacje kliniczne i informacje pochodzące z innych źródeł, wyraźnie oznaczając ich pochodzenie.

SEKCJA A — DANE SPOTKANIA

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data wywiadu

SEKCJA B — POWÓD ZGŁOSZENIA SŁOWAMI KLIENTA

Odpowiedź klienta

Najważniejsza zmiana lub wydarzenie poprzedzające zgłoszenie

SEKCJA C — GŁÓWNE TRUDNOŚCI

- | | |
|---|---|
| ☐ natrętne wspomnienia | ☐ koszmary lub trudności ze snem |
| ☐ unikanie | ☐ inne: _____ |

Opis najważniejszych trudności

SEKCJA D — POCZĄTEK I PRZEBIEG

Przybliżony początek trudności

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ nagły | ☐ stopniowy |
| ☐ epizodyczny | ☐ przewlekły |

SKALA POMOCNICZA

Inny obszar

Opis najważniejszych ograniczeń

SEKCJA F — AKTUALNE PRIORYTETY

Najpilniejszy problem według klienta

Najpilniejszy problem według specjalisty

SEKCJA G — DOTYCHCZASOWE SPOSOBY RADZENIA SOBIE

Co klient robi, gdy trudności się nasilają?

Które sposoby są pomocne?

SEKCJA H — OBSERWACJE KLINICZNE

Kontakt i komunikacja

Orientacja i kontakt z teraźniejszością

SEKCJA I — DALSZE KROKI

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ kontynuacja wywiadu | ☐ ocena ryzyka |
| ☐ pogłębienie historii klinicznej | ☐ inne: _____ |

Uzasadnienie

Cele terapii i oczekiwane zmiany

„Cele powinny uwzględniać język klienta, codzienne funkcjonowanie oraz zmiany, które będzie można rozpoznać w życiu poza gabinetem. Unikaj formułowania celu wyłącznie jako braku objawu.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data ustalenia celów

SEKCJA B — NAJWAŻNIEJSZE OCZEKIWANIA KLIENTA

Odpowiedź klienta

Odpowiedź klienta

SEKCJA C — OBSZARY MOŻLIWEJ ZMIANY

- | | |
|---|--|
| ☐ zmniejszenie intensywności wspomnień | ☐ ograniczenie unikania |
| ☐ poprawa snu | ☐ inne: _____ |

SEKCJA D — GŁÓWNY CEL TERAPII

Cel w języku klienta

Obserwowalne oznaki realizacji celu

SEKCJA E — CELE SZCZEGÓŁOWE

Opis

Oczekiwana zmiana w zachowaniu lub funkcjonowaniu

Opis

Oczekiwana zmiana w zachowaniu lub funkcjonowaniu

Opis

SEKCJA F — CEL BEZPIECZEŃSTWA LUB STABILIZACJI

- | | |
|---|------------------------------|
| ☐ nie | ☐ tak |
| ☐ wymaga dalszej oceny | |

Opis celu

SEKCJA G — CELE DOTYCZĄCE PRZYSZŁOŚCI

„Co klient chciałby móc robić, gdy dotychczasowe trudności przestaną dominować?

Przyszłe sytuacje wymagające przygotowania

SEKCJA H — MOŻLIWE PRZESZKODY

- | | |
|---|--|
| ☐ niestabilna sytuacja życiowa | ☐ brak bezpiecznego miejsca |
| ☐ ograniczone wsparcie | ☐ inne: _____ |

Opis

SEKCJA I — UZGODNIENIE CELÓW

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ tak | ☐ częściowo |
| ☐ nie | ☐ wymaga dalszego omówienia |

Uwagi klienta

Historia zdrowia psychicznego i wcześniejszego leczenia

„Oddziel informacje podane przez klienta od danych potwierdzonych w dokumentacji. Nie zakładaj, że wcześniejsza diagnoza jest aktualna lub pełna.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data zebrania informacji

SEKCJA B — WCZEŚNIEJSZE TRUDNOŚCI PSYCHICZNE

- | | |
|---|--|
| ☐ depresji | ☐ zaburzeń lękowych |
| ☐ napadów paniki | ☐ objawów pourazowych |

Opis początku, przebiegu i aktualnego znaczenia

SEKCJA C — WCZEŚNIEJSZE DIAGNOZY

Rozpoznanie zgłoszone przez klienta

Kto postawił rozpoznanie?

SEKCJA D — PSYCHOTERAPIA

- ☐ nie ☐ tak

Liczba wcześniejszych procesów terapeutycznych

SEKCJA E — WCZEŚNIEJSZE DOŚWIADCZENIA Z EMDR

- ☐ nie ☐ tak
☐ nie jest pewien

Przybliżony okres

SEKCJA F — LECZENIE PSYCHIATRYCZNE

- ☐ nie ☐ tak
☐ aktualnie korzysta

Imię i nazwisko psychiatry, jeśli klient wyraża zgodę na zapisanie

SEKCJA G — HOSPITALIZACJE I LECZENIE CAŁODOBOWE

- ☐ nie ☐ tak

Liczba hospitalizacji

SEKCJA H — HISTORIA SAMOUSZKODZEŃ I ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

- | | |
|---|--|
| ☐ myśli samobójcze | ☐ plan samobójczy |
| ☐ próba samobójcza | ☐ inne zachowania zagrażające życiu |

Przybliżona data ostatniego zdarzenia

SEKCJA I — HISTORIA RODZINNA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ depresja | ☐ zaburzenia lękowe |
| ☐ uzależnienia | ☐ inne: _____ |

Opis istotnych danych

SEKCJA J — WNIOSKI KLINICZNE

Czynniki zwiększające złożoność przypadku

Czynniki wspierające leczenie

Zdrowie fizyczne, neurologiczne, leki i używanie substancji

„Formularz nie służy do diagnozowania chorób ani samodzielnego modyfikowania leczenia. W razie wątpliwości należy skierować klienta do odpowiedniego specjalisty.

SEKCJA A — OGÓLNY STAN ZDROWIA

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ bardzo dobry | ☐ dobry |
| ☐ zmienny | ☐ osłabiony |

Aktualne choroby lub problemy zdrowotne

SEKCJA B — OBSZARY WYMAGAJĄCE UWAGI

- | | |
|--|--|
| ☐ choroby neurologiczne | ☐ padaczkę lub napady drgawkowe |
| ☐ urazy głowy | ☐ inne: _____ |

Opis i aktualne leczenie

SEKCJA C — OBJAWY MOGĄCE WPŁYWAĆ NA SESJĘ

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ zawroty głowy | ☐ omdlenia |
| ☐ silna nadwrażliwość na światło | ☐ inne: _____ |

Potrzebne dostosowania

SEKCJA D — AKTUALNE LEKI

TABELA Z KOLUMNAMI

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ tak | ☐ nie |
| ☐ nieregularnie | ☐ nie dotyczy |

Opis zmiany

SEKCJA E — ALKOHOL

Częstotliwość używania

Przeciętna ilość

SEKCJA F — INNE SUBSTANCJE

TABELA

- Substancja
- Częstotliwość

SEKCJA G — KOFEINA, NIKOTYNA I INNE ŚRODKI WPŁYWAJĄCE NA POBUDZENIE

Kofeina

Nikotyna

SEKCJA H — SEN I REGENERACJA

Przeciętna liczba godzin snu

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ zasypianie | ☐ wybudzanie |
| ☐ koszmary | ☐ inne: _____ |

SEKCJA I — DECYZJE KLINICZNE

- | | |
|--|------------------------------|
| ☐ nie | ☐ tak |
| ☐ do rozważenia | ☐ nie |

Uzasadnienie i plan

Mapa doświadczeń traumatycznych i obciążających

„Zapisuj tylko tyle informacji, ile jest potrzebne do wstępnej konceptualizacji i planowania. W przypadku wyraźnego przeciążenia przerwij zbieranie danych, wróć do orientacji i stabilizacji oraz ponownie oceń tempo.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data rozpoczęcia mapy

Data ostatniej aktualizacji

SEKCJA B — SPOSÓB UZUPEŁNIANIA

- | | |
|---|--|
| ☐ opowiada ustnie | ☐ zapisuje samodzielnie |
| ☐ wskazuje okresy bez szczegółów | ☐ korzysta z osi czasu |
| ☐ wybiera tylko aktualnie istotne wydarzenia | |

Ustalony sygnał zatrzymania

Aktualny poziom tolerancji na rozmowę o historii

SEKCJA C — KATEGORIE DOŚWIADCZEŃ

- | | |
|---|--|
| ☐ wypadek lub nagłe zagrożenie | ☐ przemoc fizyczna |
| ☐ przemoc seksualna | ☐ przemoc emocjonalna |
| ☐ inne: | |

„Zaznaczenie kategorii nie oznacza, że wydarzenie automatycznie stanie się celem przetwarzania.

SEKCJA D — GŁÓWNA TABELA WYDARZEŃ

1. Numer wydarzenia
2. Przybliżony wiek lub okres
3. Krótka neutralna nazwa wydarzenia

SEKCJA F — NAJWCZEŚNIEJSZE, NAJGORSZE I NAJNOWSZE DOŚWIADCZENIE

Najwcześniejsze doświadczenie związane z aktualnym problemem

Doświadczenie oceniane jako najtrudniejsze

Najnowsze doświadczenie związane z aktualnym problemem

SEKCJA G — DOŚWIADCZENIA POZYTYWNE I OCHRONNE

Ważne relacje

Okresy większego bezpieczeństwa

Doświadczenia skutecznego poradzenia sobie

SEKCJA H — AKTUALNE WYZWALACZE POWIĄZANE Z HISTORIĄ

TABELA

1. Aktualna sytuacja
2. Reakcja emocjonalna
3. Reakcja ciała

SEKCJA I — WNIOSKI DO PLANU LECZENIA

Najważniejszy wspólny temat

Możliwe negatywne przekonanie

Powtarzające się reakcje ochronne

Historia rozwojowa, relacyjna i dostępne wsparcie

„Pytania należy dostosować do celu klinicznego i aktualnej gotowości klienta. Nie wymagaj szczegółowego opisu relacji, które nie mają znaczenia dla aktualnego planu.

SEKCJA A — WCZESNE ŚRODOWISKO

Miejsce lub miejsca dorastania

Główne osoby sprawujące opiekę

SEKCJA B — RELACJE Z OPIEKUNAMI

Osoba lub rola

- | | |
|---|---|
| ☐ bezpieczeństwo | ☐ dostępność emocjonalna |
| ☐ wsparcie | ☐ inne: _____ |

SEKCJA C — ROZWÓJ I EDUKACJA

Istotne informacje dotyczące rozwoju

Trudności szkolne lub edukacyjne

SEKCJA D — HISTORIA RELACJI W DOROSŁOŚCI

Ważne relacje

Powtarzające się wzorce relacyjne

SEKCJA E — AKTUALNA SYTUACJA ŻYCIOWA

- | | |
|---|---|
| ☐ stabilna | ☐ czasowa |
| ☐ zależna od innej osoby | ☐ zagrożona utratą |

Sytuacja zawodowa lub edukacyjna

SEKCJA F — SYSTEM WSPARCIA

TABELA

- Osoba lub instytucja
- Rodzaj relacji

SEKCJA G — CZYNNIKI OCHRONNE

- | | |
|--|--|
| ☐ bezpieczne miejsce zamieszkania | ☐ wspierająca relacja |
| ☐ stabilna praca lub edukacja | ☐ inne: _____ |

Opis najważniejszych czynników ochronnych

SEKCJA H — CZYNNIKI STRESUJĄCE

- | | |
|---|---|
| ☐ konflikt relacyjny | ☐ przemoc lub zagrożenie |
| ☐ niestabilne mieszkanie | ☐ inne: _____ |

Aktualny wpływ

SEKCJA I — PREFERENCJE DOTYCZĄCE WSPARCIA

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ kontakt z określoną osobą | ☐ samotność |
| ☐ praktyczną pomoc | ☐ inne: _____ |

Osoby, których nie należy kontaktować bez odrębnej podstawy

SEKCJA J — WNIOSKI KLINICZNE

Wpływ historii relacyjnej na przymierze terapeutyczne

Możliwe trudności związane z zaufaniem lub zależnością

Wskaźniki dysocjacji, stabilności i gotowości do pracy

„Formularz jest pomocą w podejmowaniu decyzji klinicznych. Nie stanowi narzędzia diagnostycznego ani automatycznego testu kwalifikującego do przetwarzania.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data oceny

SEKCJA B — ORIENTACJA I KONTAKT Z TERAZNIEJSZOCIĄ

- | | |
|--|--|
| ☐ prawidłowo rozpoznaje miejsce | ☐ prawidłowo rozpoznaje datę lub aktualny okres |
| ☐ rozpoznaje osobę terapeuty | ☐ potrafi odróżnić wspomnienie od aktualnego zagrożenia |

Opis

SEKCJA C — MOŻLIWE WSKAŹNIKI DYSOCJACJI

- | | |
|---|--|
| ☐ poczucie odłączenia od ciała | ☐ poczucie obserwowania siebie z zewnątrz |
| ☐ nierealność otoczenia | ☐ luki pamięciowe |

Opis konkretnych obserwacji

SEKCJA D — TOLERANCJA EMOCJONALNA

- | | |
|---|--|
| ☐ zauważyć wzrost napięcia | ☐ nazwać podstawowe emocje |
| ☐ poprosić o przerwę | ☐ korzystać z sygnału zatrzymania |

Obszary trudności

SEKCJA E — DOSTĘP DO ZASOBÓW

- | | |
|---|--|
| ☐ bezpieczne miejsce w aktualnym życiu | ☐ osobę wspierającą |
| ☐ sposoby orientacji w terażniejszości | ☐ inne: _____ |

Zasoby najbardziej dostępne

SEKCJA F — KONTROLA IMPULSÓW I BEZPIECZEŃSTWO

- | | |
|--|--|
| ☐ samouszkodzenia | ☐ zachowania samobójcze |
| ☐ agresja | ☐ niebezpieczne używanie substancji |

Data ostatniego zachowania wysokiego ryzyka

SEKCJA G — STABILNOŚĆ ŚRODOWISKA

- | | |
|--|---|
| ☐ bezpieczne miejsce zamieszkania | ☐ brak aktualnego kontaktu ze sprawcą przemocy |
| ☐ możliwość odpoczynku po sesji | ☐ przewidywalny transport |

Opis

SEKCJA H — CZYNNIKI MEDYCZNE I PSYCHIATRYCZNE

- | | |
|--|--|
| ☐ brak nowych istotnych przeciwwskazań lub ograniczeń | ☐ stabilne leczenie farmakologiczne |
| ☐ niedawna zmiana leków | ☐ inne: _____ |

Znaczenie dla aktualnej sesji

SEKCJA I — ZDOLNOŚĆ PODWÓJNEJ UWAGI

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ zachowana | ☐ częściowo zachowana |
| ☐ niestabilna | ☐ niezachowana |

Opis

SEKCJA J — OCENA GOTOWOŚCI

- | | |
|---|---|
| ☐ można rozważyć rozpoczęcie przetwarzania | ☐ potrzebne dalsze przygotowanie |
| ☐ potrzebna pogłębiona ocena dysocjacji | ☐ potrzebna konsultacja medyczna |

Uzasadnienie

Ocena ryzyka i plan bezpieczeństwa

„Formularz nie zastępuje szkolenia z oceny ryzyka, lokalnych procedur kryzysowych ani natychmiastowego działania w sytuacji zagrożenia. Wypełniaj go zgodnie z zakresem swoich kompetencji.

SEKCJA A — DANE OCENY

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — MYŚLI O ŚMIERCI LUB SAMOBÓJSTWIE

- | | |
|--|--|
| ☐ nie miał takich myśli | ☐ miał bierne myśli o śmierci |
| ☐ miał myśli o samobójstwie | ☐ rozważał sposób działania |

Opis częstotliwości, czasu trwania i aktualności

SEKCJA C — SAMOUSZKODZENIA BEZ DEKLAROWANEJ INTENCJI SAMOBÓJCZEJ

- | | |
|---|--|
| ☐ nie | ☐ tak |
| ☐ ostatnio w dniu: _____ | ☐ klient odmawia odpowiedzi |

Rodzaj zachowania w zakresie potrzebnym do bezpieczeństwa

SEKCJA D — RYZYKO SKRZYWDZENIA INNYCH OSÓB

- | | |
|--|--|
| ☐ brak zgłaszanych myśli | ☐ myśli bez zamiaru |
| ☐ określona osoba lub grupa | ☐ plan |

Opis

SEKCJA E — INNE AKTUALNE ZAGROŻENIA

- | | |
|--|--|
| ☐ przemoc ze strony innej osoby | ☐ prześladowanie |
| ☐ przymus lub kontrola | ☐ brak bezpiecznego miejsca |

Opis

SEKCJA H — CZYNNIKI OCHRONNE

- | | |
|---|--|
| ☐ ważne relacje | ☐ odpowiedzialność za dzieci lub inne osoby |
| ☐ gotowość do przyjęcia pomocy | ☐ kontakt z terapeutą |

Najsilniejsze czynniki ochronne

SEKCJA I — OCENA POZIOMU RYZYKA

- | | |
|---|---|
| ☐ brak aktualnych oznak podwyższonego ryzyka | ☐ ryzyko niskie |
| ☐ ryzyko umiarkowane | ☐ ryzyko wysokie |

Uzasadnienie oparte na konkretnych informacjach

SEKCJA J — PODJĘTE DZIAŁANIA

- | | |
|--|--|
| ☐ opracowano lub zaktualizowano plan bezpieczeństwa | ☐ zwiększono częstotliwość kontaktu |
| ☐ skontaktowano się z osobą wspierającą za zgodą lub zgodnie z obowiązkiem bezpieczeństwa | ☐ inne: _____ |

Dokładny opis działania

SEKCJA K — INDYWIDUALNY PLAN BEZPIECZEŃSTWA

1. Moje wczesne sygnały ostrzegawcze

2. Rzeczy, które mogę zrobić samodzielnie

SEKCJA L — UZGODNIENIE DALSZEGO KONTAKTU

Następny planowany kontakt

Sposób kontaktu

SEKCJA M — POTWIERDZENIE DOKUMENTACJI

Imię i nazwisko specjalisty

„Konceptualizacja przypadku pomaga połączyć aktualne objawy, wcześniejsze doświadczenia, wyzwalacze, negatywne przekonania, reakcje ciała, sposoby ochrony, zasoby i cele klienta. Plan leczenia nie powinien być sztywną listą wspomnień do przetworzenia. Powinien uwzględniać aktualne bezpieczeństwo, stabilność, tolerancję emocjonalną, ryzyko, współistniejące trudności, preferencje klienta oraz zmiany zachodzące w trakcie terapii. Każda decyzja o rozpoczęciu, kontynuowaniu, zatrzymaniu lub zmianie przetwarzania wymaga indywidualnego uzasadnienia klinicznego.” Sekcja: Formularze w tym module — konceptualizacja przypadku w modelu adaptacyjnego przetwarzania informacji, — mapa przeszłość-teraźniejszość-przyszłość, — główna lista celów, — karta pojedynczego celu,

konceptualizacja przypadku w modelu adaptacyjnego przetwarzania informacji,

mapa przeszłość-teraźniejszość-przyszłość,

główna lista celów,

karta pojedynczego celu,

lista przygotowania i gotowości,

plan zasobów i stabilizacji,

indywidualny plan leczenia,

rejestr zmian planu,

notatka z konsultacji lub superwizji.

Konceptualizacja przypadku w modelu adaptacyjnego przetwarzania informacji

„Formularz służy do dokumentowania roboczej hipotezy klinicznej. Konceptualizacja powinna być regularnie aktualizowana w miarę pojawiania się nowych informacji i obserwowania reakcji klienta.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data utworzenia konceptualizacji

SEKCJA B — GŁÓWNY PROBLEM KLINICZNY

Najważniejsza trudność zgłaszana przez klienta

Najważniejszy wpływ na funkcjonowanie

SEKCJA C — ROBOCZA HIPOTEZA

Robocza hipoteza

- | | |
|--|--|
| ☐ wstępna hipoteza | ☐ częściowo potwierdzona |
| ☐ dobrze wsparta zebranymi informacjami | ☐ wymaga istotnej korekty |

SEKCJA D — DOŚWIADCZENIA Z PRZESZŁOŚCI

TABELA Z KOLUMNAMI

1. Numer doświadczenia
2. Przybliżony okres

SEKCJA E — AKTUALNE WYZWALACZE

TABELA Z KOLUMNAMI

1. Sytuacja lub bodziec
2. Automatyczna interpretacja

SEKCJA F — NEGATYWNE PRZEKONANIA

- | | |
|---|---|
| ☐ „Nie jestem bezpieczny lub bezpieczna. | ☐ „Nie mam kontroli. |
| ☐ „Jestem bezsilny lub bezsilna. | ☐ inne: _____ |

SEKCJA H — REAKCJE OCHRONNE I STRATEGIE PRZETRWANIA

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ walkę | ☐ ucieczkę |
| ☐ zamarcie | ☐ inne: _____ |

Pierwotna funkcja tych reakcji

SEKCJA I — CZYNNIKI PODTRZYMUJĄCE

- | | |
|--|--|
| ☐ aktualne zagrożenie | ☐ brak wsparcia |
| ☐ niewystarczająca stabilizacja | ☐ inne: _____ |

Opis

SEKCJA J — ZASOBY I CZYNNIKI OCHRONNE

Zasoby wewnętrzne

Zasoby relacyjne

SEKCJA K — TRZY KIERUNKI PLANOWANIA

PRZESZŁOŚĆ

Doświadczenia wymagające dalszej oceny

TERAŻNIEJSZOŚĆ

Aktualne wyzwalacze wymagające pracy

PRZYSZŁOŚĆ

Sytuacje wymagające przygotowania i próby przyszłego działania

SEKCJA L — CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA KOLEJNOŚĆ PRACY

- | | |
|--|---|
| ☐ aktualne bezpieczeństwo | ☐ gotowość klienta |
| ☐ poziom dysocjacji | ☐ inne: _____ |

SEKCJA M — AKTUALNE WNIOSKI

Pierwszy obszar pracy

Uzasadnienie

Mapa przeszłość-teraźniejszość-przyszłość

„Mapa nie określa automatycznej kolejności pracy. Każdy potencjalny cel wymaga oddzielnej oceny, sprawdzenia gotowości klienta i decyzji klinicznej.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Główny problem lub temat

Data utworzenia mapy

Data aktualizacji

SEKCJA B — GŁÓWNY WZORZEC PROBLEMU

Aktualna trudność

Najczęstszy wyzwalacz

Typowa reakcja klienta

Najczęstsze negatywne przekonanie

SEKCJA C — PRZESZŁOŚĆ

„Doświadczenia, które mogą stanowić podstawę aktualnego wzorca

TABELA Z KOLUMNAMI

1. Numer celu

2. Wiek lub okres

3. Krótka nazwa wydarzenia

☐ gotowy do oceny

☐ wymaga przygotowania

☐ odroczony

☐ brak zgody klienta

☐ wymaga konsultacji

☐ nieaktualny

SEKCJA D — TERAŹNIEJSZOŚĆ

„Aktualne sytuacje, bodźce i relacje uruchamiające wzorzec

TABELA Z KOLUMNAMI

1. Numer wyzwalacza

2. Sytuacja

3. Reakcja emocjonalna

4. Reakcja ciała

SEKCJA G — KOLEJNOŚĆ ROZWAŻANA KLINICZNIE

Pierwszy planowany obszar

Uzasadnienie

Kolejny obszar

Warunki rozpoczęcia

SEKCJA H — PERSPEKTYWA KLIENTA

Który cel klient uważa za najważniejszy?

Który cel klient uważa za najbezpieczniejszy na początek?

Którego celu klient obecnie nie chce podejmować?

Uwagi klienta dotyczące kolejności

SEKCJA I — AKTUALIZACJA MAPY

Nowy cel dodany dnia

Cel usunięty lub uznany za nieaktualny

Powód zmiany

Data kolejnego przeglądu

Główna lista i kolejność celów terapeutycznych

„Każdy cel należy opisać krótko i neutralnie. Szczegółowe informacje powinny znajdować się w karcie oceny pojedynczego celu i notatkach z sesji.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data utworzenia listy

Data ostatniej aktualizacji

SEKCJA B — LEGENDA STATUSÓW

SEKCJA C — GŁÓWNA TABELA CELÓW

1. Numer celu

- | | |
|--|---|
| ☐ wspomnienie z przeszłości | ☐ aktualny wyzwalacz |
| ☐ reakcja somatyczna | ☐ koszmar lub obraz |
| ☐ przyszła sytuacja | |
| ☐ 1 — bardzo wysoki | ☐ 2 — wysoki |
| ☐ 3 — średni | ☐ 4 — niski |
| ☐ 5 — obserwacja | |

SEKCJA D — KRYTERIA USTALANIA PRIORYTETU

Przy każdym celu można uwzględnić

- | | |
|--|--|
| ☐ aktualny wpływ na bezpieczeństwo | ☐ wpływ na codzienne funkcjonowanie |
| ☐ związek z wieloma aktualnymi wyzwalaczami | ☐ gotowość klienta |
| ☐ zgodę klienta | |

SEKCJA E — CEL AKTUALNIE AKTYWNY

Numer celu

Krótką nazwa

Data rozpoczęcia pracy

SEKCJA F — CELE OCZEKUJĄCE

Cel wymagający dodatkowej stabilizacji

Potrzebne zasoby przed rozpoczęciem

Cel wymagający konsultacji

SEKCJA G — CELE ZAKOŃCZONE

TABELA

1. Numer celu
2. Data zakończenia
3. Końcowy SUD

SEKCJA H — CELE PRZYSZŁE

Sytuacje wymagające próby przyszłego działania

Umiejętności potrzebne przed próbą przyszłą

SEKCJA I — PRZEGLĄD LISTY

Data przeglądu

Cele dodane

Cele usunięte lub zmienione

Rozszerzona karta oceny pojedynczego celu

„Formularz wypełniaj zgodnie z aktualnym etapem terapii. Nie wymuszaj szczegółowej narracji wydarzenia, jeżeli do identyfikacji celu wystarczy krótka nazwa lub reprezentatywny obraz.

SEKCJA A — DANE SESJI

Imię i nazwisko lub numer klienta

Numer celu

SEKCJA B — IDENTYFIKACJA CELU

Krótka neutralna nazwa celu

- | | |
|---|---|
| ☐ wydarzenie z przeszłości | ☐ aktualny wyzwalacz |
| ☐ koszmar | ☐ obraz |

SEKCJA C — OBRAZ REPREZENTATYWNY

Opis obrazu

- | | |
|---|--|
| ☐ słowo | ☐ dźwięk |
| ☐ odczucie ciała | ☐ wiedza o wydarzeniu |

SEKCJA D — NEGATYWNE PRZEKONANIE

Negatywne przekonanie

- | | |
|--|---|
| ☐ odpowiedzialność lub wada | ☐ bezpieczeństwo |
| ☐ kontrola lub wybór | ☐ inne: |

SEKCJA E — POZYTYWNE PRZEKONANIE

Pozytywne przekonanie

- | | |
|--|--|
| ☐ realistyczne | ☐ możliwe do wyobrażenia |
| ☐ związane z klientem | ☐ sformułowane pozytywnie |

SEKCJA F — VOC

Aktualna wartość VOC

Komentarz klienta

SEKCJA H — SUD

Aktualny SUD

Co wpływa na tę ocenę?

SEKCJA I — LOKALIZACJA W CIELE

Gdzie klient odczuwa reakcję w ciele?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ napięcie | ☐ ciężar |
| ☐ ból | ☐ inne: |

SEKCJA J — ORIENTACJA I PODWÓJNA UWAGA

- | | |
|---|--|
| ☐ rozpoznaje, że doświadczenie należy do przeszłości | ☐ zachowuje kontakt z terapeutą |
| ☐ potrafi użyć sygnału zatrzymania | ☐ pozostaje zorientowany w miejscu i czasie |

Opis

SEKCJA K — WYBÓR STYMULACJI BILATERALNEJ

- | | |
|---|---|
| ☐ ruchy oczu | ☐ naprzemienne dźwięki |
| ☐ samodzielne dotknięcia | ☐ dotknięcia prowadzone przez terapeuta po zgodzie |

Preferencje klienta

SEKCJA L — DECYZJA PRZED ROZPOCZĘCIEM

- | | |
|--|--|
| ☐ rozpocząć przetwarzanie | ☐ wykonać dodatkowe przygotowanie |
| ☐ zmienić lub zawęzić cel | ☐ inne: |

Uzasadnienie

SEKCJA M — PONOWNA OCENA CELU

Data ponownej oceny

Aktualny obraz

Lista kontrolna przygotowania i gotowości do przetwarzania

„Lista nie generuje automatycznej decyzji. Każdy punkt należy interpretować w odniesieniu do konkretnego klienta, celu, sesji i aktualnych warunków.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Numer celu

SEKCJA B — ŚWIADOMA ZGODA I WSPÓŁPRACA

- | | |
|--|--|
| ☐ klient rozumie ogólny cel aktualnej pracy | ☐ klient zgadza się na ocenę celu |
| ☐ klient zgadza się na planowaną formę stymulacji | ☐ klient zna sygnał zatrzymania |

Uwagi

SEKCJA C — STABILNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO

- | | |
|---|---|
| ☐ brak bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia | ☐ aktualny poziom ryzyka został oceniony |
| ☐ klient ma dostęp do pomocy w sytuacji pilnej | ☐ miejsce zamieszkania jest wystarczająco bezpieczne |

Opis

SEKCJA D — ORIENTACJA I PODWÓJNA UWAGA

- | | |
|--|---|
| ☐ klient rozpoznaje aktualne miejsce i czas | ☐ odróżnia wspomnienie od teraźniejszości |
| ☐ utrzymuje kontakt z terapeutą | ☐ potrafi wrócić do teraźniejszości po łagodnym pobudzeniu |

Uwagi

SEKCJA E — ZDOLNOŚCI REGULACYJNE

- | | |
|--|--|
| ☐ zauważyć wczesne sygnały napięcia | ☐ poprosić o przerwę |
| ☐ korzystać z ustalonych zasobów | ☐ ograniczyć impulsywne działanie |

SEKCJA F — ZASOBY ZEWNĘTRZNE

- | | |
|--|---|
| ☐ bezpieczny transport po sesji | ☐ możliwość odpoczynku |
| ☐ dostępna osoba wspierająca | ☐ możliwość kontaktu z terapeutą zgodnie z ustalonymi zasadami |

Opis

SEKCJA G — CZYNNIKI FIZYCZNE I SENSORYCZNE

- | | |
|--|---|
| ☐ klient jest wystarczająco wypoczęty | ☐ ból nie uniemożliwia udziału |
| ☐ zastosowana forma stymulacji jest odpowiednia | ☐ uwzględniono ograniczenia wzroku |

Opis

SEKCJA H — OCENA KONKRETNEGO CELU

- | | |
|---|---|
| ☐ cel jest jasno zidentyfikowany | ☐ cel ma związek z planem leczenia |
| ☐ klient wyraża zgodę na pracę z tym celem | ☐ wybrano odpowiedni poziom szczegółowości |

SEKCJA I — DOSTĘPNY CZAS SESJI

Pozostały czas

- | | |
|--|--|
| ☐ ocenę celu | ☐ rozpoczęcie przetwarzania |
| ☐ odpowiednią pracę końcową | ☐ pełne zamknięcie sesji |

SEKCJA J — WARUNKI PRZERWANIA PRZETWARZANIA

Ustalono, że pracę należy zatrzymać przy

- | | |
|--|---|
| ☐ utracie orientacji | ☐ wyraźnej utracie podwójnej uwagi |
| ☐ przekroczeniu ustalonego poziomu pobudzenia | ☐ braku reakcji na próby przywrócenia kontaktu |

SEKCJA K — DECYZJA KLINICZNA

- | | |
|--|---|
| ☐ rozpocząć przetwarzanie | ☐ rozpocząć z dodatkowymi zabezpieczeniami |
| ☐ kontynuować przygotowanie | ☐ inne: _____ |

Plan zasobów, stabilizacji i regulacji

„Zapisuj wyłącznie strategie rzeczywiście sprawdzone lub wspólnie uzgodnione. Nie zakładaj, że popularna technika będzie odpowiednia dla każdego klienta.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data utworzenia planu

SEKCJA B — WCZESNE SYGNAŁY PRZECIĄŻENIA

Sygnały w ciele

Sygnały emocjonalne

SEKCJA C — SKALA INDYWIDUALNEGO POBUDZENIA

Opis stanu klienta

Możliwe działania

Opis stanu klienta

Możliwe działania

Opis stanu klienta

Możliwe działania

Opis stanu klienta

SEKCJA D — ORIENTACJA W TERAŻNIEJSZOŚCI

- | | |
|---|--|
| ☐ nazywanie aktualnej daty | ☐ nazywanie miejsca |
| ☐ rozglądanie się po pomieszczeniu | ☐ inne: _____ |

Najskuteczniejsza strategia

SEKCJA E — ZASOBY WEWNĘTRZNE

Doświadczenia własnej skuteczności

SEKCJA G — ZASOBY ŚRODOWISKOWE

Bezpieczne miejsca

Przedmioty pomagające w orientacji

SEKCJA H — STRATEGIE SOMATYCZNE I SENSORYCZNE

- | | |
|---|---|
| ☐ powolny spacer | ☐ rozciąganie |
| ☐ kontakt z podłożem | ☐ inne: _____ |
| ☐ zamykanie oczu | ☐ skupianie się na oddechu |
| ☐ dotyk | ☐ inne: _____ |

SEKCJA I — SYGNAŁ ZATRZYMANIA

Słowo

Gest

SEKCJA J — PLAN ZAMKNIĘCIA SESJI

Minimalny czas potrzebny na zamknięcie

- | | |
|---|---|
| ☐ orientacja | ☐ spokojna rozmowa |
| ☐ zapisanie materiału do późniejszej pracy | ☐ inne: _____ |

SEKCJA K — PLAN PO SESJI

- | | |
|--|---|
| ☐ odpoczynek | ☐ spokojny transport |
| ☐ kontakt z osobą wspierającą | ☐ inne: _____ |

Działania w przypadku nasilenia reakcji

SEKCJA L — OCENA SKUTECZNOŚCI ZASOBÓW

TABELA

1. Strategia
2. Sytuacja zastosowania

SEKCJA M — AKTUALIZACJA PLANU

Strategie dodane

Strategie usunięte

Indywidualny plan leczenia EMDR

„Plan powinien być zrozumiały dla klienta, możliwy do aktualizacji i dostosowany do aktualnej sytuacji klinicznej. Nie należy wpisywać gwarantowanej liczby sesji ani obiecywać określonego wyniku.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data utworzenia planu

SEKCJA B — GŁÓWNY PROBLEM

Opis problemu w języku klienta

Wpływ na funkcjonowanie

SEKCJA C — GŁÓWNE CELE TERAPII

Opis

Oczekiwana oznaka poprawy

Opis

Oczekiwana oznaka poprawy

Opis

Oczekiwana oznaka poprawy

SEKCJA D — AKTUALNA FAZA PRACY

- | | |
|---|--|
| ☐ faza 1 — historia i planowanie | ☐ faza 2 — przygotowanie |
| ☐ faza 3 — ocena | ☐ faza 4 — desensytyzacja |

Uzasadnienie aktualnej fazy

SEKCJA E — PLAN DOTYCZĄCY PRZESZŁOŚCI

Główne potencjalne cele

Planowana kolejność

SEKCJA H — PLAN PRZYGOTOWANIA I STABILIZACJI

Najważniejsze zasoby

Sygnały przeciążenia

SEKCJA I — WSPÓŁISTNIEJĄCE POTRZEBY KLINICZNE

- | | |
|---|---|
| ☐ konsultacja psychiatryczna | ☐ konsultacja medyczna |
| ☐ leczenie uzależnień | ☐ inne: _____ |

Plan koordynacji

SEKCJA J — CZĘSTOTLIWOŚĆ I FORMA TERAPII

Planowana częstotliwość spotkań

Standardowa długość sesji

SEKCJA K — MONITOROWANIE POSTĘPÓW

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ SUD | ☐ VOC |
| ☐ skan ciała | ☐ inne: _____ |

Częstotliwość formalnego przeglądu

SEKCJA L — KRYTERIA MODYFIKACJI PLANU

Plan należy ponownie ocenić przy

- | | |
|---|---|
| ☐ nowym zagrożeniu | ☐ nasileniu dysocjacji |
| ☐ pogorszeniu funkcjonowania | ☐ zmianie leków |

SEKCJA M — KRYTERIA ZAKOŃCZENIA LUB PRZEJŚCIA DO KOLEJNEGO ETAPU

- | | |
|--|--|
| ☐ główne cele zostały osiągnięte | ☐ wybrane cele zostały odpowiednio przetworzone |
| ☐ aktualne wyzwalacze uległy zmniejszeniu | ☐ inne: _____ |

SEKCJA N — PERSPEKTYWA KLIENTA

Co klient uważa za najważniejszy element planu?

Rejestr decyzji klinicznych, adaptacji i zmian planu

„Wpisuj decyzje, które mają znaczenie dla bezpieczeństwa, ciągłości terapii, wyboru celu, sposobu prowadzenia sesji albo koordynacji opieki.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Specjalista

SEKCJA B — KATEGORIE DECYZJI

- | | |
|--|---|
| ☐ zmiana kolejności celów | ☐ zmiana aktualnego celu |
| ☐ powrót do przygotowania | ☐ inne: _____ |

SEKCJA C — GŁÓWNA TABELA DECYZJI

1. Data
2. Numer sesji

SEKCJA D — ROZSZERZONY ZAPIS WAŻNEJ ZMIANY

Data

Numer sesji

SEKCJA E — REJESTR ADAPTACJI STYMULACJI BILATERALNEJ

TABELA

1. Data
- | | |
|--|--|
| ☐ dyskomfort wzrokowy | ☐ zawroty głowy |
| ☐ trudność z koncentracją | ☐ inne: _____ |

SEKCJA F — REJESTR ZMIAN CELU

Poprzedni cel

Nowy cel lub aspekt

SEKCJA G — POWRÓT DO FAZY PRZYGOTOWANIA

Data

Sygnały wskazujące na potrzebę powrotu

SEKCJA H — MONITOROWANIE SKUTKÓW ZMIANY

- | | |
|--|--|
| ☐ zwiększyła bezpieczeństwo | ☐ poprawiła orientację |
| ☐ zmniejszyła przeciążenie | ☐ poprawiła zaangażowanie klienta |

Opis

SEKCJA I — OSTATECZNY PRZEGLĄD DECYZJI

Data przeglądu

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ tak | ☐ nie |
| ☐ częściowo | ☐ wymaga dalszej obserwacji |

Notatka z konsultacji lub superwizji klinicznej

„Notatka powinna zawierać tylko informacje potrzebne do dokumentowania procesu decyzyjnego. Należy zachować poufność i stosować możliwie ograniczone dane identyfikacyjne.

SEKCJA A — DANE KONSULTACJI

Numer klienta lub zanonimizowane oznaczenie

Data konsultacji

SEKCJA B — ZASADY POUFNOŚCI

- | | |
|---|---|
| ☐ bez danych identyfikacyjnych | ☐ przy użyciu numeru klienta |
| ☐ zgodnie z uzyskaną zgodą | ☐ na innej podstawie: _____ |

Uzasadnienie zakresu informacji

SEKCJA C — POWÓD KONSULTACJI

- | | |
|---|--|
| ☐ złożona konceptualizacja | ☐ trudność z wyborem celu |
| ☐ możliwa dysocjacja | ☐ inne: _____ |

Główne pytanie kliniczne

SEKCJA D — ZWIĘŻŁE PODSUMOWANIE PRZYPADKU

Aktualny problem

Aktualna faza terapii

SEKCJA E — DOTYCHCZASOWE DZIAŁANIA TERAPEUTY

Zastosowane działania

Reakcja klienta

SEKCJA F — REKOMENDACJE KONSULTANTA LUB SUPERWIZORA

Rekomendacja 1

Rekomendacja 2

SEKCJA G — DECYZJA TERAPEUTY

Które rekomendacje zostaną wdrożone?

Które nie zostaną wdrożone?

SEKCJA H — DALSZE DZIAŁANIA

- | | |
|---|--|
| ☐ kontynuacja aktualnego planu | ☐ powrót do przygotowania |
| ☐ dodatkowa ocena | ☐ inne: _____ |

Termin realizacji

SEKCJA I — OCENA SKUTKU KONSULTACJI

Data przeglądu

Wdrożone działanie

SEKCJA J — POTWIERDZENIE

Oznaczenie terapeuty

Data sporządzenia notatki

„Dokumentacja sesji EMDR powinna być wystarczająco dokładna, aby umożliwić zachowanie ciągłości terapii, ocenę bezpieczeństwa i odtworzenie najważniejszych decyzji klinicznych. Nie musi zawierać pełnego zapisu wypowiedzi klienta ani szczegółowej narracji traumatycznego wydarzenia. Powinna koncentrować się na celu, fazie pracy, zastosowanych działaniach, odpowiedzi klienta, zmianach SUD i VOC, reakcjach ciała, wyniku zamknięcia oraz planie kolejnej sesji. Formularze dla poszczególnych faz mogą być używane oddzielnie albo łączone z rozszerzoną lub skróconą notatką z postępów.”
 Sekcja: Formularze w tym module — karta rozpoczęcia sesji i bieżącej ponownej oceny, — dokumentacja fazy 1, — dokumentacja fazy 2, — dokumentacja fazy 3,

karta rozpoczęcia sesji i bieżącej
ponownej oceny,

dokumentacja fazy 1,

dokumentacja fazy 2,

dokumentacja fazy 3,

dokumentacja fazy 4,

dokumentacja fazy 5,

dokumentacja fazy 6,

dokumentacja fazy 7,

dokumentacja fazy 8,

rozszerzona notatka z sesji,

skrócona notatka z postępów.

Karta rozpoczęcia sesji i bieżącej ponownej oceny

„Formularz należy wypełnić na początku sesji lub bezpośrednio po krótkim sprawdzeniu aktualnego stanu klienta. Zakres oceny powinien odpowiadać sytuacji klinicznej.

SEKCJA A — DANE SESJI

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — AKTUALNE MIEJSCE I WARUNKI SESJI

Aktualne miejsce pobytu klienta

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| ☐ tak | ☐ częściowo |
| ☐ nie | ☐ tak |

SEKCJA C — STAN OD POPRZEDNIEJ SESJI

Najważniejsze wydarzenia od ostatniego spotkania

Zmiany w objawach

SEKCJA D — AKTUALNY STAN EMOCJONALNY

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ spokój | ☐ lęk |
| ☐ smutek | ☐ inne: |

Poziom napięcia od 0 do 10

SEKCJA E — STAN FIZYCZNY

Sen od poprzedniej sesji

Aktualny poziom zmęczenia od 0 do 10

SEKCJA F — ORIENTACJA I KONTAKT

- | | |
|--|--|
| ☐ prawidłowo rozpoznaje miejsce | ☐ prawidłowo rozpoznaje aktualną datę lub okres |
| ☐ utrzymuje kontakt z terapeutą | ☐ odróżnia wspomnienie od teraźniejszości |

Opis obserwacji

SEKCJA G — BIEŻĄCE BEZPIECZEŃSTWO

- | | |
|---|--|
| ☐ myśli samobójcze | ☐ samouszkodzenia |
| ☐ myśli o skrzywdzeniu innej osoby | ☐ przemoc ze strony innej osoby |

Podjęte działanie

SEKCJA H — AKTUALNY CEL KLIENTA NA SESJĘ

Odpowiedź klienta

Temat proponowany przez terapeutę

SEKCJA I — GOTOWOŚĆ DO PRZETWARZANIA

- | | |
|--|---|
| ☐ klient wyraża zgodę | ☐ klient zna sygnał zatrzymania |
| ☐ podwójna uwaga jest zachowana | ☐ poziom ryzyka nie wymaga innego priorytetu |

SEKCJA J — DECYZJA DOTYCZĄCA SESJI

- | | |
|--|---|
| ☐ historia i planowanie | ☐ przygotowanie i stabilizacja |
| ☐ ocena celu | ☐ inne: |

Uzasadnienie

SEKCJA K — POCZĄTKOWE POMIARY

Numer aktualnego celu

Początkowy SUD

SEKCJA L — PLAN SESJI

Główne działanie

Przewidywany czas na pracę główną

Dokumentacja fazy 1: historia i planowanie leczenia

„Formularz nie zastępuje pełnego wywiadu. Służy do dokumentowania pracy wykonanej w fazie historii i planowania podczas konkretnej sesji.

SEKCJA A — DANE SESJI

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — OBSZAR ZBIERANEJ HISTORII

- ☐ aktualne objawy ☐ historia traumatyczna
☐ historia rozwojowa ☐ inne:

SEKCJA C — NOWE INFORMACJE KLINICZNE

Informacje przekazane przez klienta

Źródło dodatkowych informacji, jeśli dotyczy

SEKCJA D — REAKCJA KLIENTA PODCZAS ZBIERANIA HISTORII

- ☐ stabilna ☐ umiarkowane pobudzenie
☐ silne pobudzenie ☐ inne:

Opis obserwowalnych reakcji

SEKCJA E — NOWE POTENCJALNE CELE

TABELA

1. Krótka nazwa celu
2. Okres lub wiek

SEKCJA F — AKTUALNE WYZWALACZE

Nowo rozpoznane wyzwialacze

Reakcje klienta

SEKCJA G — TEMATY PRZYSZŁE

Sytuacje, w których klient chce reagować inaczej

Pożądané zachowanie

SEKCJA H — AKTUALIZACJA KONCEPTUALIZACJI

Poprzednia hipoteza kliniczna

Nowa informacja zmieniająca rozumienie przypadku

SEKCJA I — AKTUALIZACJA LISTY CELÓW

- ☐ dodano nowy cel ☐ zmieniono priorytet
☐ połączono cele ☐ rozdzielono zbyt szeroki cel

Opis

SEKCJA J — WPŁYW NA BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ nie ☐ tak
☐ wymaga dalszej oceny ☐ nie

Działanie

SEKCJA K — WPŁYW NA GOTOWOŚĆ

- ☐ klient może kontynuować aktualny plan ☐ potrzebne dodatkowe przygotowanie
☐ potrzebna pogłębiona ocena dysocjacji ☐ potrzebna konsultacja medyczna

Uzasadnienie

SEKCJA L — PLAN KOLEJNEJ SESJI

- ☐ kontynuacja historii ☐ przygotowanie i zasoby
☐ ocena wybranego celu ☐ inne:

Konkretny plan

Dokumentacja fazy 2: przygotowanie

„Dokumentuj zastosowaną strategię, jej cel, reakcję klienta i ocenę przydatności. Nie zakładaj, że ćwiczenie jest skuteczne tylko dlatego, że zostało wykonane.

SEKCJA A — DANE SESJI

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — PSYCHOEDUKACJA

- ☐ podstawy EMDR ☐ osiem faz terapii
☐ sposób wyboru celu ☐ inne: _____

- ☐ dobry ☐ częściowy
☐ wymaga dalszego wyjaśnienia ☐ trudno ocenić

SEKCJA C — USTALENIA DOTYCZĄCE KONTROLI I ZGODY

Ustalony sygnał zatrzymania

- ☐ tak ☐ nie
☐ nie ćwiczone

SEKCJA D — STRATEGIA ORIENTACJI

- ☐ nazywanie miejsca ☐ nazywanie daty
☐ rozglądanie się ☐ opis przedmiotów

Stan przed ćwiczeniem

SEKCJA E — ZASÓB WEWNĘTRZNY

- ☐ doświadczenie skuteczności ☐ poczucie bezpieczeństwa
☐ osoba wspierająca ☐ inne: _____

Opis zasobu

SEKCJA F — ĆWICZONE STRATEGIE REGULACJI

TABELA

1. Nazwa strategii
2. Cel

SEKCJA H — TOLERANCJA STYMULACJI BILATERALNEJ

Zastosowana forma

Długość krótkiej próby

SEKCJA I — PLAN POMIĘDZY SESJAMI

- ☐ sny ☐ nowe wspomnienia
☐ wyzwalcze ☐ inne: _____

Zalecany sposób zapisu

SEKCJA J — AKTUALNA GOTOWOŚĆ

Klient

- ☐ rozumie strukturę pracy ☐ zna sygnał zatrzymania
☐ potrafi zauważyć przeciążenie ☐ korzysta z co najmniej jednej skutecznej strategii

SEKCJA K — DECYZJA KLINICZNA

- ☐ kontynuować przygotowanie ☐ przejść do oceny celu
☐ wykonać dodatkową ocenę dysocjacji ☐ inne: _____

Uzasadnienie

SEKCJA L — PLAN NASTĘPNEGO SPOTKANIA

Najważniejszy cel

Strategia do ponownego sprawdzenia

Dokumentacja fazy 3: ocena celu

„Formularz może być używany jako skrócona karta oceny podczas sesji. Pełniejsze informacje można zapisać na rozszerzonej karcie celu.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA C — OBRAZ LUB REPREZENTACJA

Najtrudniejszy obraz lub fragment

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ dźwięk | ☐ słowo |
| ☐ odczucie | ☐ wiedza |

SEKCJA F — VOC

Aktualna wartość od 1 do 7

Komentarz klienta

SEKCJA G — EMOCJE

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ lęk | ☐ złość |
| ☐ smutek | ☐ inne: _____ |

Najsilniejsza emocja

SEKCJA H — SUD

Aktualny poziom od 0 do 10

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ tak | ☐ częściowo |
| ☐ zastosowano alternatywny opis | |

SEKCJA I — REAKCJA CIAŁA

Lokalizacja

Rodzaj odczucia

SEKCJA J — PODWÓJNA UWAGA

- | | |
|--|---|
| ☐ pozostaje zorientowany | ☐ utrzymuje kontakt z terapeutą |
| ☐ rozpoznaje, że materiał dotyczy przeszłości | ☐ potrafi użyć sygnału zatrzymania |

Opis

SEKCJA K — FORMA STYMULACJI BILATERALNEJ

- | | |
|---|---|
| ☐ ruchy oczu | ☐ dźwięki |
| ☐ samodzielne dotknięcia | ☐ dotknięcia prowadzone przez terapeutę po zgodzie |

Uzgodnione tempo

SEKCJA L — OCENA ZGODNOŚCI CELU Z PLANEM LECZENIA

- | | |
|--|--|
| ☐ cel jest zgodny z planem | ☐ cel wymaga zawężenia |
| ☐ ujawnił się inny ważniejszy cel | ☐ klient nie wyraża zgody |

SEKCJA M — DECYZJA

- | | |
|---|--|
| ☐ rozpocząć desensytyzację | ☐ wykonać dodatkowe przygotowanie |
| ☐ zmienić cel | ☐ inne: _____ |

Uzasadnienie

SEKCJA N — STAN BEZPOŚREDNIO PRZED ROZPOCZĘCIEM

Poziom orientacji

Poziom poczucia kontroli od 0 do 10

Dokumentacja fazy 4: desensytyzacja

„Nie zapisuj pełnej treści każdego skojarzenia. Dokumentuj najważniejsze zmiany kliniczne, reakcje klienta, interwencje i powody zatrzymania lub kontynuowania pracy.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — PARAMETRY STYMULACJI BILATERALNEJ

- | | |
|---|---|
| ☐ ruchy oczu | ☐ dźwięki |
| ☐ samodzielne dotknięcia | ☐ dotknięcia prowadzone przez terapeuta po zgodzie |

Pozycja klienta

SEKCJA C — REJESTR ZESTAWÓW

TABELA Z KOLUMNAMI

- Numer zestawu
- Najważniejsza zmiana lub skojarzenie

SEKCJA D — PRZEBIEG MATERIAŁU

- | | |
|---|--|
| ☐ spontaniczne skojarzenia | ☐ zmiana obrazu |
| ☐ zmiana emocji | ☐ inne: |

Opis najważniejszej zmiany

SEKCJA E — ZMIANY SUD

SUD początkowy

Najwyższy SUD podczas pracy

SEKCJA F — REAKCJE SOMATYCZNE

Początkowa lokalizacja

Zmiany podczas pracy

SEKCJA H — INTERWENCJE TERAPEUTY

- | | |
|---|--|
| ☐ powrót do celu | ☐ przypomnienie o teraźniejszości |
| ☐ zmiana tempa | ☐ inne: |

Treść lub cel interwencji

SEKCJA I — MOŻLIWE UTKNIĘCIE

- | | |
|---|--|
| ☐ brak zmiany przez wiele zestawów | ☐ powtarzanie tego samego materiału |
| ☐ wzrost samoobwiniania | ☐ inne: |

Hipoteza terapeuty

SEKCJA J — POWÓD ZAKOŃCZENIA FAZY

- | | |
|---|---|
| ☐ SUD osiągnął poziom zgodny z aktualnym celem | ☐ materiał przeszedł do instalacji |
| ☐ zabrakło czasu | ☐ inne: |

SEKCJA K — STAN CELU NA ZAKOŃCZENIE

- | | |
|---|---|
| ☐ przetwarzanie zakończone | ☐ przetwarzanie niepełne |
| ☐ ujawnił się nowy aspekt | ☐ ujawnił się inny cel |

Aktualny obraz

SEKCJA L — PRZEJŚCIE DO KOLEJNEJ FAZY

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ instalacja | ☐ dodatkowe zestawy desensytyzacji |
| ☐ skan ciała | ☐ inne: |

Uzasadnienie

Dokumentacja fazy 5: instalacja

„Pozytywne przekonanie powinno być realistyczne, związane z osobą klienta i aktualnym celem. Nie należy wzmacniać zdania, które klient uważa za nieprawdziwe lub narzucone.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — STAN PRZED INSTALACJĄ

Aktualny SUD

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ nie | ☐ niewielkie |
| ☐ umiarkowane | ☐ duże |

SEKCJA C — POZYTYWNE PRZEKONANIE

Pierwotnie wybrane przekonanie

- | | |
|--|--|
| ☐ tak | ☐ wymaga zmiany |
| ☐ klient wybiera inne | |

SEKCJA D — OCENA JAKOŚCI PRZEKONANIA

- | | |
|---|--|
| ☐ jest sformułowane pozytywnie | ☐ odnosi się do klienta |
| ☐ jest realistyczne | ☐ pasuje do aktualnego celu |

Uwagi

SEKCJA E — POCZĄTKOWY VOC

Wartość od 1 do 7

Co ogranicza wyższą wartość?

SEKCJA F — REJESTR INSTALACJI

TABELA Z KOLUMNAMI

1. Numer zestawu
2. VOC

SEKCJA G — REAKCJA KLIENTA

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ większą wiarygodność przekonania | ☐ spokój |
| ☐ ulgę | ☐ inne: _____ |

Opis

SEKCJA H — TRUDNOŚCI PODCZAS INSTALACJI

- | | |
|---|---|
| ☐ VOC nie wzrasta | ☐ przekonanie jest zbyt ogólne |
| ☐ przekonanie jest nierealistyczne | ☐ inne: _____ |

Podjęte działanie

SEKCJA I — KOŃCOWY VOC

Wartość końcowa od 1 do 7

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ tak | ☐ częściowo |
| ☐ wymaga dalszej pracy | |

SEKCJA J — ZWIĄZEK Z CIAŁEM

Gdzie klient odczuwa pozytywne przekonanie?

Rodzaj odczucia

SEKCJA K — DECYZJA

- | | |
|---|---|
| ☐ przejść do skanu ciała | ☐ kontynuować instalację |
| ☐ wrócić do desensytyzacji | ☐ inne: _____ |

Uzasadnienie

SEKCJA L — ZNACZENIE ADAPTACYJNE

Jak klient rozumie siebie po aktualnej pracy?

Jakie zachowanie może odzwierciedlać nowe przekonanie?

Dokumentacja fazy 6: skan ciała

„Skan ciała powinien być prowadzony z uwzględnieniem zgody, tolerancji klienta i jego relacji z ciałem. Nie należy wymuszać zamykania oczu ani długiego skupiania uwagi wewnętrznej.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — SPOSÓB PRZEPROWADZENIA SKANU

Pozycja klienta

- | | |
|--|--|
| ☐ otwarte | ☐ zamknięte |
| ☐ naprzemiennie | ☐ zgodnie z preferencją klienta |

SEKCJA C — OGÓLNY WYNIK SKANU

- | | |
|--|---|
| ☐ brak istotnego napięcia | ☐ poczucie spokoju |
| ☐ neutralne odczucia | ☐ inne: _____ |

SEKCJA D — MAPA CIAŁA

Obszar głowy i twarzy

Szyja i barki

SEKCJA E — CHARAKTER ODCZUCIA

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ napięcie | ☐ ucisk |
| ☐ ból | ☐ inne: _____ |

Najważniejsze odczucie

SEKCJA F — ZWIĄZEK Z CELEM

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ tak | ☐ częściowo |
| ☐ nie | ☐ trudno ocenić |

Komentarz klienta

SEKCJA G — DALSZA PRACA Z ODCZUCIEM

- | | |
|--|---|
| ☐ dodatkowa stymulacja bilateralna | ☐ powrót do desensytyzacji |
| ☐ powrót do pozytywnego przekonania | ☐ inne: _____ |

Reakcja klienta

SEKCJA H — ZMIANA PO DALSZEJ PRACY

Początkowe nasilenie odczucia

Końcowe nasilenie

SEKCJA I — NOWY MATERIAŁ

- | | |
|---|---|
| ☐ nowe wspomnienie | ☐ nowy obraz |
| ☐ nowe negatywne przekonanie | ☐ nowe pozytywne przekonanie |

Opis w niezbędnym zakresie

SEKCJA J — OSTATECZNY WYNIK SKANU

- | | |
|--|---|
| ☐ ciało neutralne | ☐ ciało spokojne |
| ☐ pozostałe niewielkie napięcie | ☐ pozostałe istotne napięcie |

Uzasadnienie lub uwagi

SEKCJA K — DECYZJA

- | | |
|--|--|
| ☐ przejść do zamknięcia | ☐ kontynuować pracę z celem |
| ☐ zapisać nowy aspekt do ponownej oceny | ☐ inne: _____ |

Dokumentacja fazy 7: zamknięcie

„Każda sesja wymaga odpowiedniego zamknięcia niezależnie od tego, czy przetwarzanie zostało zakończone.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — STAN PRACY Z CELEM

- | | |
|--|---|
| ☐ cel zakończony | ☐ cel częściowo przetworzony |
| ☐ ujawnił się nowy aspekt | ☐ ujawnił się nowy cel |

Aktualny SUD

SEKCJA C — STAN KLIENTA PRZED ZAMKNIĘCIEM

Poziom napięcia od 0 do 10

Poziom orientacji od 0 do 10

SEKCJA D — ZASTOSOWANE DZIAŁANIA ZAMYKAJĄCE

- | | |
|---|--|
| ☐ orientacja w teraźniejszości | ☐ spokojny oddech, jeśli odpowiedni |
| ☐ kontakt z podłożem | ☐ inne: _____ |

Opis działania

SEKCJA E — NIEDOKOŃCZONY MATERIAŁ

Krótką nazwa celu lub aspektu

Ostatni dominujący obraz lub myśl

SEKCJA F — INFORMACJE DLA KLIENTA

Omówiono

- | | |
|--|--|
| ☐ możliwość pojawienia się nowych skojarzeń | ☐ możliwość żywych snów |
| ☐ możliwość zmęczenia | ☐ sposób obserwowania materiału |

SEKCJA G — PLAN OBSERWACJI POMIĘDZY SESJAMI

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ sny | ☐ nowe obrazy |
| ☐ myśli | ☐ inne: _____ |

Preferowany sposób zapisu

SEKCJA H — PLAN PO SESJI

- | | |
|---|--|
| ☐ samodzielny i bezpieczny | ☐ z osobą wspierającą |
| ☐ wymaga zmiany | ☐ inne: _____ |

Plan odpoczynku

SEKCJA I — WARUNKI KONTAKTU

Klient powinien skontaktować się z terapeutą, gdy

Klient powinien skorzystać z pilnej pomocy, gdy

SEKCJA J — OCENA GOTOWOŚCI DO ZAKOŃCZENIA SESJI

- | | |
|--|---|
| ☐ jest wystarczająco zorientowany | ☐ może bezpiecznie opuścić gabinet |
| ☐ może bezpiecznie zakończyć sesję zdalną | ☐ posiada plan na najbliższe godziny |

Uzasadnienie

SEKCJA K — DODATKOWE DZIAŁANIA BEZPIECZEŃSTWA

- | | |
|--|---|
| ☐ kontakt z osobą wspierającą | ☐ konsultacja psychiatryczna |
| ☐ konsultacja medyczna | ☐ inne: _____ |

Opis

SEKCJA L — PLAN NASTĘPNEJ SESJI

Planowana data

Główny temat

Dokumentacja fazy 8: ponowna ocena

„Ponowna ocena powinna obejmować nie tylko subiektywny poziom zakłócenia, lecz również aktualne wyzwalacze, reakcje ciała, zachowanie, przekonania i funkcjonowanie poza sesją.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data ponownej oceny

SEKCJA B — REAKCJE OD POPRZEDNIEJ SESJI

- ☐ nowe wspomnienia ☐ nowe obrazy
☐ sny ☐ inne: _____

Opis

SEKCJA C — AKTUALNY OBRAZ CELU

- ☐ tak ☐ nie
☐ częściowo ☐ nie pojawia się

Aktualny obraz lub aspekt

SEKCJA D — AKTUALNE NEGATYWNE PRZEKONANIE

Pierwotne przekonanie

Aktualne przekonanie

SEKCJA F — AKTUALNY SUD

Wartość od 0 do 10

SUD przy poprzednim zakończeniu sesji

SEKCJA G — REAKCJA EMOCJONALNA

Aktualne emocje

Najsilniejsza emocja

SEKCJA H — SKAN CIAŁA

Aktualne odczucia związane z celem

Lokalizacja

SEKCJA I — AKTUALNE WYZWALACZE

TABELA

- Sytuacja
- Reakcja przed terapią

SEKCJA J — ZMIANY W FUNKCJONOWANIU

- ☐ śnie ☐ relacjach
☐ pracy lub edukacji ☐ inne: _____

Opis konkretnych przykładów

SEKCJA K — OCENA ZAKOŃCZENIA CELU

- ☐ cel pozostaje zakończony ☐ potrzebna dalsza desensytyzacja
☐ potrzebna dalsza instalacja ☐ potrzebna praca z reakcją ciała

Uzasadnienie

SEKCJA L — DECYZJA KLINICZNA

- ☐ kontynuować pracę z tym samym celem ☐ przejść do kolejnego celu
☐ pracować z aktualnym wyzwalaczem ☐ inne: _____

SEKCJA M — PERSPEKTYWA KLIENTA

Jak klient ocenia zmianę?

Co uważa za najważniejszy efekt?

Rozszerzona notatka z przebiegu sesji EMDR

„Notatka powinna być zwięzła, ale wystarczająca do zachowania ciągłości leczenia i uzasadnienia decyzji klinicznych. Nie zapisuj niepotrzebnych szczegółów osobistych ani pełnej narracji traumatycznego wydarzenia.

SEKCJA A — DANE SESJI

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — CEL I TEMAT SESJI

Cel ustalony z klientem

Numer celu terapeutycznego

SEKCJA C — AKTUALNY STAN I ISTOTNE WYDARZENIA

Najważniejsze informacje od poprzedniej sesji

- | | |
|--|---|
| ☐ bez nowych oznak | ☐ oceniono jako niski |
| ☐ oceniono jako umiarkowany | ☐ oceniono jako wysoki |

SEKCJA D — STAN POCZĄTKOWY

Napięcie od 0 do 10

Orientacja

SEKCJA E — OCENA GOTOWOŚCI

- | | |
|---|--|
| ☐ zgoda potwierdzona | ☐ sygnał zatrzymania potwierdzony |
| ☐ podwójna uwaga zachowana | ☐ dostępne zasoby |

Uzasadnienie

SEKCJA F — ELEMENTY CELU

Krótką nazwa celu

Obraz

SEKCJA J — INTERWENCJE TERAPEUTY I ICH SKUTEK

Interwencja 1

Powód

Powód

Powód

SEKCJA K — WYNIK PRACY

Końcowy SUD

Końcowy VOC

SEKCJA L — ZAMKNIĘCIE

Zastosowane działania zamykające

Stan klienta przed zakończeniem

SEKCJA M — BEZPIECZEŃSTWO

- | | |
|---|---|
| ☐ nie | ☐ tak |
| ☐ wzrost ryzyka | ☐ silne odłączenie |
| ☐ reakcja medyczna | ☐ przemoc lub zagrożenie |

SEKCJA N — OCENA POSTĘPÓW

- | | |
|---|--|
| ☐ postęp zgodny z planem | ☐ częściowy postęp |
| ☐ brak wyraźnej zmiany | ☐ pogorszenie wymagające obserwacji |

Uzasadnienie

SEKCJA O — PLAN KOLEJNEJ SESJI

- | | |
|--|---|
| ☐ ponowna ocena aktualnego celu | ☐ kontynuacja desensytyzacji |
| ☐ instalacja | ☐ inne: |

Konkretny plan

Skrócona notatka z postępów

„Formularza należy używać wyłącznie wtedy, gdy skrócony zapis spełnia wymagania dokumentacyjne praktyki i pozwala zachować ciągłość leczenia. W przypadku destabilizacji, zmiany ryzyka, ważnej decyzji klinicznej albo nietypowej reakcji należy użyć notatki rozszerzonej lub dodatkowego formularza.

SEKCJA A — DANE SESJI

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data

SEKCJA B — GŁÓWNY CEL SESJI

- ☐ historia i planowanie ☐ przygotowanie
☐ ocena celu ☐ inne:

Krótki opis celu sesji

SEKCJA C — STAN POCZĄTKOWY

Najważniejsza informacja od poprzedniej sesji

- ☐ bez nowych oznak podwyższonego ryzyka ☐ wymagało dodatkowej oceny
☐ udokumentowano na osobnym formularzu

SEKCJA D — ZASTOSOWANE DZIAŁANIA

- ☐ psychoedukacja ☐ orientacja
☐ stabilizacja ☐ inne:

Krótki opis interwencji

SEKCJA E — REAKCJA KLIENTA

Najważniejsza reakcja poznawcza

Najważniejsza reakcja emocjonalna

SEKCJA F — WYNIK SESJI

Końcowy SUD

Końcowy VOC

SEKCJA G — ZAMKNIĘCIE I BEZPIECZEŃSTWO

Zastosowane zamknięcie

Stan klienta przed zakończeniem

SEKCJA H — OCENA POSTĘPÓW

- ☐ postęp zgodny z planem ☐ częściowy postęp
☐ bez wyraźnej zmiany ☐ pogorszenie wymagające monitorowania

Uzasadnienie

SEKCJA I — PLAN KOLEJNEJ SESJI

- ☐ ponowna ocena tego samego celu ☐ kontynuacja przetwarzania
☐ kolejny cel ☐ inne:

Konkretny plan

SEKCJA J — POWIĄZANE DOKUMENTY

- ☐ karta celu ☐ rejestr SUD i VOC
☐ plan bezpieczeństwa ☐ inne:

SEKCJA K — POTWIERDZENIE

Data sporządzenia notatki

Oznaczenie specjalisty

„Monitorowanie terapii EMDR powinno obejmować więcej niż wartości SUD i VOC. Ważne są również zmiany w codziennym funkcjonowaniu, reakcjach na wyzwalacze, relacjach, zachowaniu, śnie, zdolności do korzystania z zasobów i poziomie bezpieczeństwa. Formularze w tym module pomagają rozpoznać, czy aktualny plan pozostaje adekwatny, czy pojawiły się reakcje wymagające dodatkowej oceny oraz czy zakończenie, przeniesienie albo przerwanie terapii zostało odpowiednio udokumentowane. Każdy formularz należy dostosować do wymagań obowiązujących w miejscu praktyki.” Sekcja: Formularze w tym module — długoterminowy rejestr SUD i VOC, — zbiorcza karta postępów celów, — monitorowanie objawów i funkcjonowania, — rejestr destabilizacji i zdarzeń klinicznych,

długoterminowy rejestr SUD i VOC,

zbiorcza karta postępów celów,

monitorowanie objawów i funkcjonowania,

rejestr destabilizacji i zdarzeń klinicznych,

koordynacja opieki i skierowania,

okresowy przegląd planu leczenia,

podsumowanie zakończenia lub przeniesienia terapii,

główna lista kompletności dokumentacji.

Długoterminowy rejestr wartości SUD i VOC

„Wartości SUD i VOC należy interpretować w kontekście konkretnego celu, aktualnej fazy pracy, reakcji somatycznych i funkcjonowania klienta. Formularz nie służy do porównywania klientów.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data rozpoczęcia rejestru

Data ostatniej aktualizacji

Specjalista

SEKCJA B — LEGENDA

„Jeżeli klient korzysta z innego sposobu opisywania nasilenia, należy zapisać zastosowaną skalę i nie przeliczać wyników automatycznie.

SEKCJA C — GŁÓWNA TABELA MONITOROWANIA

1. Data
2. Numer sesji
3. Numer celu
4. Krótka nazwa celu

SEKCJA D — STATUS CELU

Możliwe oznaczenia

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ do oceny | ☐ rozpoczęty |
| ☐ niepełny | ☐ zakończony |
| ☐ nowy aspekt | ☐ odroczony |

SEKCJA E — ZMIANA DLA POJEDYNCZEGO CELU

Numer celu

Krótką nazwa

Pierwszy zapisany SUD

Najniższy zapisany SUD

SEKCJA G — ROZBIEŻNOŚCI WYMAGAJĄCE UWAGI

Zaznaczyć, jeśli występują

- | | |
|---|--|
| ☐ niski SUD przy utrzymującym się napięciu w ciele | ☐ wysoki VOC bez zmiany zachowania |
| ☐ duże wahania SUD między sesjami | ☐ trudność klienta w korzystaniu ze skali |
| ☐ brak zgodności między wypowiedzią a obserwacją | ☐ inne: _____ |

Opis

Dalsze działanie

SEKCJA H — PRZEGLĄD TERAPEUTY

Czy dane wskazują na

- | | |
|--|--|
| ☐ stopniową poprawę | ☐ stabilny brak zmiany |
| ☐ zmienny przebieg | ☐ ponowne nasilenie reakcji |
| ☐ potrzebę nowej konceptualizacji | ☐ potrzebę zmiany celu |

Uzasadnienie

SEKCJA I — PERSPEKTYWA KLIENTA

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ tak | ☐ częściowo |
| ☐ nie | ☐ trudno ocenić |

Najważniejsza zmiana według klienta

Co nadal pozostaje trudne?

SEKCJA J — Data kolejnego przeglądu

RAMKA WYRÓŻNIAJĄCA

„SUD i VOC są wskaźnikami subiektywnymi. Nie należy traktować ich jako samodzielnego dowodu skuteczności lub nieskuteczności terapii.

Zbiorcza karta postępów celów terapeutycznych

„Karta powinna być aktualizowana okresowo oraz po zakończeniu ważnego celu. Nie należy oceniać postępu wyłącznie na podstawie liczby zakończonych celów.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data przeglądu

SEKCJA B — GŁÓWNA TABELA CELÓW

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ przeszłość | ☐ terażniejszość |
| ☐ przyszłość | ☐ reakcja somatyczna |
| ☐ do oceny | ☐ przygotowanie |
| ☐ aktywny | ☐ niepełny |

SEKCJA C — GŁÓWNY CEL TERAPII

Pierwotny główny cel

Aktualny stopień realizacji od 0 do 10

SEKCJA D — CELE ZAKOŃCZONE

Liczba zakończonych celów

Najważniejsza wspólna zmiana

SEKCJA E — CELE AKTYWNE

Aktualnie przetwarzany cel

Aktualna faza

SEKCJA F — CELE ODROCZONE

- | | |
|---|--|
| ☐ brak zgody klienta | ☐ niewystarczająca gotowość |
| ☐ aktualne ryzyko | ☐ inne: _____ |

Warunki możliwego powrotu

SEKCJA G — AKTUALNE WYZWALACZE

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ częstotliwość | ☐ intensywność |
| ☐ czas trwania reakcji | ☐ unikanie |

Opis

SEKCJA H — SYTUACJE PRZYSZŁE

Sytuacja

Pożądane zachowanie

SEKCJA I — ZASOBY I REGULACJA

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ poprawa | ☐ bez zmiany |
| ☐ pogorszenie | ☐ nie oceniono |
| ☐ poprawa | ☐ bez zmiany |
| ☐ pogorszenie | ☐ nie oceniono |
| ☐ poprawa | ☐ bez zmiany |
| ☐ pogorszenie | ☐ nie oceniono |
| ☐ poprawa | ☐ bez zmiany |
| ☐ pogorszenie | ☐ nie oceniono |

SEKCJA J — PERSPEKTYWA KLIENTA

Najważniejszy postęp według klienta

Najważniejsza niezrealizowana potrzeba

SEKCJA K — OCENA TERAPEUTY

- | | |
|---|--|
| ☐ terapia przebiega zgodnie z planem | ☐ potrzebna zmiana kolejności celów |
| ☐ potrzebna nowa konceptualizacja | ☐ inne: _____ |

Uzasadnienie

SEKCJA L — PLAN NA KOLEJNY OKRES

Najważniejszy cel

Planowana faza

Monitorowanie objawów, funkcjonowania i zmian adaptacyjnych

„Formularz należy uzupełniać okresowo, na przykład co kilka sesji, po zakończeniu ważnego celu lub podczas formalnego przeglądu planu leczenia.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data oceny

Okres objęty oceną

SEKCJA B — SKALA OGÓLNA

SEKCJA C — OBJAWY ZWIĄZANE Z TRAUMĄ

Inny objaw

SEKCJA D — FUNKCJONOWANIE

SEKCJA E — ZDOLNOŚCI ADAPTACYJNE

SKALA

SEKCJA F — WYZWALACZE

Najczęstszy aktualny wyzwalacz

- | | |
|--|--|
| ☐ częściej | ☐ bez zmiany |
| ☐ rzadziej | ☐ brak reakcji |
| ☐ trudno ocenić | |
| ☐ większa | ☐ bez zmiany |
| ☐ mniejsza | ☐ trudno ocenić |

SEKCJA G — ZMIANY ZAUWAŻONE PRZEZ KLIENTA

„Co obecnie robi Pan lub Pani inaczej niż przed rozpoczęciem terapii?

„Co stało się łatwiejsze?

„Co nadal pozostaje trudne?

SEKCJA H — ZMIANY ZAUWAŻONE PRZEZ TERAPEUTĘ

Obserwowalne zmiany

Rozbieżności pomiędzy oceną klienta i terapeuty

Sposób omówienia rozbieżności

SEKCJA I — STANDARYZOWANE NARZĘDZIA

☐ nie ☐ tak

Nazwa

Data

SEKCJA J — OCENA ZMIANY

- | | |
|--|--|
| ☐ wyraźna poprawa | ☐ częściowa poprawa |
| ☐ zmiana nierównomierna | ☐ bez wyraźnej zmiany |
| ☐ pogorszenie | |

Najważniejszy wskaźnik

SEKCJA K — DECYZJA KLINICZNA

- | | |
|--|--|
| ☐ kontynuować aktualny plan | ☐ zmienić kolejność celów |
| ☐ wrócić do przygotowania | ☐ pogłębić ocenę |
| ☐ inne: | |

Uzasadnienie

SEKCJA L — Data kolejnego monitorowania

RAMKA WYRÓŻNIAJĄCA

„objawy i ograniczenia” oraz „umiejętności i odzyskane funkcjonowanie”.

Rejestr reakcji niepożądanych, destabilizacji i zdarzeń klinicznych

„Formularz należy uzupełnić, gdy reakcja wykracza poza zwykłe przejściowe zmęczenie lub napięcie po sesji, wpływa na bezpieczeństwo, wymaga zmiany planu albo prowadzi do dodatkowej konsultacji.

SEKCJA A — DANE ZDARZENIA

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data zdarzenia

SEKCJA B — RODZAJ ZDARZENIA

- | | |
|---|---|
| ☐ silne pobudzenie | ☐ przedłużona reakcja po sesji |
| ☐ odłączenie lub dezorientacja | ☐ inne: _____ |

SEKCJA C — OPIS ZDARZENIA

Obserwowalne fakty

Wypowiedź klienta

SEKCJA D — KONTEKST

- | | |
|--|---|
| ☐ przed sesją | ☐ podczas oceny celu |
| ☐ podczas stymulacji bilateralnej | ☐ podczas zamknięcia |

Potencjalnie powiązany cel

SEKCJA E — STAN KLIENTA

Orientacja

Poziom pobudzenia od 0 do 10

SEKCJA F — NATYCHMIASTOWE DZIAŁANIA

- | | |
|--|---|
| ☐ zatrzymano stymulację | ☐ zastosowano orientację |
| ☐ zwiększono dystans lub przestrzeń | ☐ inne: _____ |

Dokładny opis działania

SEKCJA H — OCENA ZWIĄZKU Z TERAPIĄ

- | | |
|---|---|
| ☐ bezpośrednio związane z aktualną interwencją | ☐ możliwy związek |
| ☐ prawdopodobnie niezwiązane | ☐ nie można określić |

Uzasadnienie

SEKCJA I — OCENA CIĘŻKOŚCI

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ łagodne | ☐ umiarkowane |
| ☐ poważne | ☐ bezpośrednio zagrażające bezpieczeństwu |

Uzasadnienie

SEKCJA J — WPŁYW NA PLAN LECZENIA

- | | |
|---|---|
| ☐ bez zmiany | ☐ zwiększone monitorowanie |
| ☐ powrót do fazy przygotowania | ☐ inne: _____ |

Nowy plan

SEKCJA K — INFORMACJA PRZEKAZANA KLIENTOWI

- | | |
|--|--|
| ☐ opis zdarzenia | ☐ możliwe znaczenie |
| ☐ plan bezpieczeństwa | ☐ inne: _____ |

Reakcja klienta

SEKCJA L — DALSZE MONITOROWANIE

Data następnego kontaktu

Osoba odpowiedzialna

SEKCJA M — POTWIERDZENIE

Data sporządzenia zapisu

Oznaczenie specjalisty

Koordynacja opieki, skierowania i kontakt z innymi specjalistami

„Wymiana informacji powinna odbywać się wyłącznie w zakresie potrzebnym do wskazanego celu, zgodnie z upoważnieniem klienta i obowiązującymi zasadami poufności.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data wpisu

SEKCJA B — POWÓD KOORDYNACJI

- ☐ konsultacja psychiatryczna ☐ konsultacja medyczna
☐ ocena neurologiczna ☐ inne: _____

Opis potrzeby

SEKCJA C — SPECJALISTA LUB PLACÓWKA

Imię i nazwisko lub nazwa

Rola lub specjalizacja

SEKCJA D — ZGODA I PODSTAWA KONTAKTU

- ☐ tak ☐ nie
☐ częściowo ☐ zgoda nie była wymagana ze względu na obowiązek bezpieczeństwa lub inną podstawę zgodną z prawem

Data zgody

SEKCJA E — ZAKRES WYMIENIONYCH INFORMACJI

- ☐ dane kontaktowe ☐ potwierdzenie udziału w terapii
☐ ogólne cele leczenia ☐ inne: _____

Informacje celowo wyłączone

SEKCJA H — SKIEROWANIE

Data skierowania

Powód

SEKCJA I — STATUS SKIEROWANIA

- ☐ klient umówił konsultację ☐ klient oczekuje na termin
☐ klient odmówił ☐ potrzebne inne skierowanie

Data konsultacji

SEKCJA J — WPŁYW NA TERAPIĘ EMDR

- ☐ bez zmiany ☐ dalsze przygotowanie
☐ czasowe wstrzymanie przetwarzania ☐ inne: _____

Uzasadnienie

SEKCJA K — ZADANIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Terapeuta EMDR

Inny specjalista

SEKCJA L — TERMIN PONOWNEGO KONTAKTU

Data

Osoba odpowiedzialna

SEKCJA M — POTWIERDZENIE

Oznaczenie specjalisty

Data sporządzenia wpisu

Okresowy przegląd planu leczenia

„Przegląd należy przeprowadzać w regularnych odstępach, po istotnym zdarzeniu klinicznym, przy braku postępów, zmianie sytuacji klienta lub przed rozpoczęciem nowego obszaru pracy.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data przeglądu

SEKCJA B — AKTUALNY PROBLEM I CELE

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ tak | ☐ częściowo |
| ☐ nie | ☐ wymaga przeformułowania |

Aktualny główny problem

SEKCJA C — AKTUALNA KONCEPTUALIZACJA

- | | |
|------------------------------|--|
| ☐ tak | ☐ częściowo |
| ☐ nie | ☐ niewystarczające dane |

Nowe informacje

SEKCJA D — PRZEGLĄD TRZECH KIERUNKÓW

PRZESZŁOŚĆ

Cele zakończone

Cele aktywne

TERAŻNIEJSZOŚĆ

Aktualne wyzwalacze

Zmiana reakcji

PRZYSZŁOŚĆ

Sytuacje wymagające dalszej pracy

Umiejętności do rozwinięcia

SEKCJA E — GOTOWOŚĆ I STABILIZACJA

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ wystarczająca | ☐ częściowa |
| ☐ niewystarczająca | |

SEKCJA H — OCENA POSTĘPÓW

Najważniejsze postępy

Najważniejsze trudności

SEKCJA I — PRZYMIERZE TERAPEUTYCZNE I ZGODA

- | | |
|--|---|
| ☐ rozumie aktualny plan | ☐ zgadza się z priorytetami |
| ☐ zgłasza wątpliwości | ☐ chce zmienić kolejność pracy |

Uwagi klienta

SEKCJA J — POTRZEBA KONSULTACJI

- | | |
|---|--|
| ☐ nie | ☐ superwizja EMDR |
| ☐ konsultacja psychiatryczna | ☐ inne: _____ |

Powód

SEKCJA K — DECYZJA DOTYCZĄCA PLANU

- | | |
|--|--|
| ☐ kontynuować bez zmian | ☐ zmienić kolejność celów |
| ☐ wrócić do przygotowania | ☐ inne: _____ |

Nowy plan

SEKCJA L — KRYTERIA KOLEJNEGO PRZEGLĄDU

- | | |
|--|---|
| ☐ po określonej liczbie sesji | ☐ po zakończeniu aktualnego celu |
| ☐ po konsultacji | ☐ po zmianie leków |

Data lub warunek

SEKCJA M — OMÓWIENIE Z KLIENTEM

- | | |
|--|---|
| ☐ omówiony | ☐ zaakceptowany |
| ☐ częściowo zaakceptowany | ☐ odroczony do dalszej rozmowy |

Komentarz klienta

Podsumowanie zakończenia, przeniesienia lub przerwania terapii

„Formularz należy stosować przy planowanym zakończeniu, przeniesieniu do innego specjalisty, dłuższej przerwie albo nieplanowanym przerwaniu terapii. Zakres dokumentacji należy dostosować do okoliczności.

SEKCJA A — DANE

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data rozpoczęcia terapii

SEKCJA B — RODZAJ ZAKOŃCZENIA

- | | |
|--|--|
| ☐ planowane zakończenie po realizacji celów | ☐ zakończenie na prośbę klienta |
| ☐ wspólnie uzgodnione zakończenie częściowe | ☐ przekazanie do innego specjalisty |

SEKCJA C — POWÓD ZAKOŃCZENIA

Perspektywa klienta

Perspektywa specjalisty

SEKCJA D — ZAKRES PRZEPROWADZONEJ TERAPII

Fazy lub obszary wykorzystane w terapii

- | | |
|--|---|
| ☐ historia i planowanie | ☐ przygotowanie |
| ☐ ocena celów | ☐ desensytyzacja |

SEKCJA E — GŁÓWNE CELE TERAPII

Opis

- | | |
|--|---|
| ☐ osiągnięty | ☐ częściowo osiągnięty |
| ☐ nieosiągnięty | ☐ nieaktualny |

Opis

- | | |
|--|---|
| ☐ osiągnięty | ☐ częściowo osiągnięty |
| ☐ nieosiągnięty | ☐ nieaktualny |

Opis

- | | |
|--|---|
| ☐ osiągnięty | ☐ częściowo osiągnięty |
| ☐ nieosiągnięty | ☐ nieaktualny |

SEKCJA I — AKTUALNE BEZPIECZEŃSTWO

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ bez nowych oznak | ☐ niskie |
| ☐ umiarkowane | ☐ wysokie |

Dalsze zalecenia bezpieczeństwa

SEKCJA J — ZALECENIA PO ZAKOŃCZENIU

- | | |
|--|---|
| ☐ samodzielne monitorowanie objawów | ☐ dalsza psychoterapia |
| ☐ kontynuacja EMDR u innego specjalisty | ☐ konsultacja psychiatryczna |

Szczegółowe zalecenia

SEKCJA K — PRZEKAZANIE DO INNEGO SPECJALISTY

- | | |
|------------------------------------|------------------------------|
| ☐ tak | ☐ nie |
| ☐ częściowo | |

Specjalista lub placówka

SEKCJA L — PLAN W PRZYPADKU POWROTU TRUDNOŚCI

Wczesne sygnały

Działania klienta

SEKCJA M — PERSPEKTYWA KLIENTA

Najważniejsza korzyść z terapii

Najważniejszy niezakończony temat

SEKCJA N — NIEPLANOWANE PRZERWANIE LUB UTRATA KONTAKTU

Liczba prób kontaktu

Daty i sposoby kontaktu

SEKCJA O — DOKUMENTY PRZEKAZANE KLIENTOWI

- | | |
|--|---|
| ☐ zalecenia po zakończeniu | ☐ kopia planu bezpieczeństwa |
| ☐ informacje o dalszej pomocy | ☐ inne: _____ |

Główna lista kompletności dokumentacji EMDR

„Lista nie określa uniwersalnego minimum prawnego. Należy dostosować ją do zawodu, miejsca praktyki, wymagań placówki, zasad etycznych i obowiązujących przepisów.

SEKcja A — DANE KLIENTA

Imię i nazwisko lub numer klienta

Data przeglądu dokumentacji

SEKcja B — DANE I ORGANIZACJA

- | | |
|---|--|
| ☐ klient posiada unikalny numer dokumentacji | ☐ dane kontaktowe są aktualne |
| ☐ preferencje komunikacyjne są zapisane | ☐ osoba do kontaktu w sytuacji bezpieczeństwa jest wskazana |

Braki lub działania

SEKcja C — ZGODY I POUFNOŚĆ

- | | |
|--|---|
| ☐ omówiono świadomą zgodę | ☐ udokumentowano bieżącą zgodę na EMDR |
| ☐ zapisano preferowaną formę stymulacji | ☐ zapisano sygnał zatrzymania |

Braki lub działania

SEKcja D — WYWIAD I HISTORIA KLINICZNA

- | | |
|--|--|
| ☐ zapisano powód zgłoszenia | ☐ opisano aktualne trudności |
| ☐ określono wpływ na funkcjonowanie | ☐ zebrano historię zdrowia psychicznego |

Braki lub działania

SEKcja E — BEZPIECZEŃSTWO

- | | |
|--|---|
| ☐ aktualne ryzyko zostało ocenione | ☐ historia samouszkodzeń lub prób została uwzględniona |
| ☐ plan bezpieczeństwa jest dostępny | ☐ lokalne kontakty pilnej pomocy są uzupełnione |

SEKcja I — MONITOROWANIE POSTĘPÓW

- | | |
|--|--|
| ☐ prowadzono rejestr SUD i VOC | ☐ monitorowano objawy |
| ☐ monitorowano codzienne funkcjonowanie | ☐ zapisano zmiany adaptacyjne |

Braki lub działania

SEKcja J — KOORDYNACJA I KONSULTACJE

- | | |
|--|---|
| ☐ konsultacje są udokumentowane | ☐ zakres przekazanych informacji jest zapisany |
| ☐ zgody są aktualne | ☐ skierowania posiadają status |

Braki lub działania

SEKcja K — ZDARZENIA I DESTABILIZACJA

- | | |
|---|--|
| ☐ niepożądane reakcje posiadają osobny zapis | ☐ opisano fakty i obserwacje |
| ☐ przeprowadzono ocenę bezpieczeństwa | ☐ udokumentowano natychmiastowe działania |

Braki lub działania

SEKcja L — ZAKOŃCZENIE LUB PRZEKAZANIE TERAPII

- | | |
|--|--|
| ☐ powód zakończenia jest zapisany | ☐ aktualny stan celów jest opisany |
| ☐ nierozwiązane obszary są wskazane | ☐ stan bezpieczeństwa został oceniony |

Braki lub działania

SEKcja M — JAKOŚĆ JĘZYKA DOKUMENTACJI

- | | |
|---|--|
| ☐ język jest neutralny i opisowy | ☐ oddzielono wypowiedzi klienta od obserwacji |
| ☐ uniknięto niepotrzebnych szczegółów traumatycznych | ☐ uniknięto ocen charakteru klienta |

Braki lub działania