

Behandlare/HSA-ID

Namn/Patient-ID

Ålder

Kön

Datum



Flicka

Pojke

Å

Å

M

M

D

D

Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de vita fälten i formuläret. Ovan fyller du i ditt Namn/Patient-ID, Ålder, Kön och Datum.

Stressande eller skrämmande händelser händer många människor.

Nedan är en lista över stressande och skrämmande händelser som ibland kan hända.

Markera JA om det har hänt ditt barn. Markera NEJ om det inte hänt dig.

A. Stressande eller skrämmande händelser:		Ja	Nej
1	Allvarlig naturkatastrof som en översvämning, tornado, orkan, jordbävning eller brand	Ja	Nej
2	Allvarlig olycka eller skada som bil/cykelolycka, hundbett, eller idrottsskada	Ja	Nej
3	Rånad under hot med våld eller vapen	Ja	Nej
4	Blivit slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad i din familj	Ja	Nej
5	Blivit slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad av någon som inte tillhör din familj	Ja	Nej
6	Sett någon i din familj bli slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad	Ja	Nej
7	Sett någon i samhället bli slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad	Ja	Nej
8	Någon äldre som tagit dig på dina könsdelar när de inte skulle det	Ja	Nej
9	Någon tvingade eller pressade dig till att ha sex eller när du inte kunde säga nej	Ja	Nej
10	Någon som stått dig nära som dött plötsligt eller våldsamt	Ja	Nej
11	Blivit attackerad, knivhuggen, beskjuten eller allvarligt skadad	Ja	Nej
12	Sett någon blivit attackerad, knivhuggen, skjuten mot, allvarligt skadad eller dödad	Ja	Nej
13	Stressande eller otäck medicinsk undersökning	Ja	Nej
14	Varit med om krig	Ja	Nej
15	Annan stressande eller skrämmande händelse?	Ja	Nej
b	Beskriv <input type="text"/>		
c	Vilken händelse stör dig mest nu? <input type="text"/>		

Om du markerat JA på någon stressande eller skrämmande händelse, så fortsätt till nästa sida och svara på de följande frågorna.

Markera 0, 1, 2 eller 3 för hur ofta de följande sakerna har besvärat dig de senaste två veckorna.
0 = Aldrig, 1 = Någon gång ibland, 2 = Hälften av tiden, 3 = Nästan alltid

B. Hur ofta har du:		0	1	2	3
1	Upprörande (skrämmande/väldigt obehagliga) tankar eller bilder av vad som hänt som plötsligt dyker upp i ditt huvud.	0	1	2	3
2	Haft otäcka drömmar som påminner dig om det som hände	0	1	2	3
3	Känt (känner) som att det som hände händer igen	0	1	2	3
4	Blivit (blir) väldigt upprörd när du blivit (blir) påmind om det som hänt	0	1	2	3
5	Haft starka känslor i kroppen när du blivit påmind om det som hände (som svettningar, hjärtklappning, orolig mage)	0	1	2	3
6	Försökt att låta bli att tänka på eller att inte ha några känslor om det	0	1	2	3
7	Hållit dig borta från personer, platser, saker eller situationer som påminner dig om det som hände	0	1	2	3
8	Inte kunnat komma ihåg delar av det som hände	0	1	2	3
9	Haft negativa tankar om dig själv eller andra. Tankar som att jag inte kommer att få ett bra liv, att man kan inte lita på någon eller att hela världen är otrygg	0	1	2	3
10	Skyller på dig själv för det som hände eller skyller på någon annan när det inte var deras fel	0	1	2	3
11	Dåliga känslor (rädd, arg, skyldig eller skamfull) en stor del av tiden	0	1	2	3
12	Inte haft lust att göra saker du brukade göra	0	1	2	3
13	Inte känt närhet till andra människor (som att känna sig ensam även om man är tillsammans mot andra)	0	1	2	3
14	Inte kunnat ha bra eller glada känslor	0	1	2	3
15	Känt dig arg, haft vredeutbrott och tagit ut det på andra	0	1	2	3
16	Gjort farliga eller riskfyllda saker	0	1	2	3
17	Varit överdrivet försiktig eller på din vakt (kontrollerat vem som finns omkring dig)	0	1	2	3
18	Varit nervös	0	1	2	3
19	Problem med att koncentrera dig	0	1	2	3
20	Svårt att somna eller sova hela natten	0	1	2	3

Totalsumma, B:

C. Vad snäll och markera JA eller NEJ om problemen du markerat påverkat:		Ja	Nej
1	Komma överens med andra	Ja	Nej
2	Hobbies/ha kul	Ja	Nej
3	Skola eller arbete	Ja	Nej
4	Familjerelationer	Ja	Nej
5	Glädje	Ja	Nej