

Behandlare/HSA-ID	Namn/Patient-ID	Ålder	Kön	Datum			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Namn, ifylld av	Roll		Flicka	Pojke	Å	Å
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Far	Mor	Annan		Om annan, specificera	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Instruktion och förklaring till formuläret

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

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.

A. Stressande eller skrämmande händelser:		Ja	Nej
1	Allvarlig naturkatastrof som en översvämning, tornado, orkan, jordbävning eller brand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Allvarlig olycka eller skada som bil/cykelolycka, hundbett, eller idrottsskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rånad under hot med våld eller vapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Blivit slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad i sin familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Blivit slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad av någon som inte tillhör sin familj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Sett någon i sin familj bli slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sett någon i samhället bli slagen med öppen hand, knuten hand eller misshandlad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Någon äldre som tagit på hans eller hennes könsdelar när de inte skulle det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Någon har tvingat eller pressade till sex eller när hon eller han inte kunnat säga nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Någon som stått nära barnet som dött plötsligt eller våldsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Attackerad, knivhuggen, beskjuten eller allvarligt skadad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Sett någon blivit attackerad, knivhuggen, skjuten mot, allvarligt skadad eller dödad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Stressande eller otäck medicinsk undersökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Varit med om krig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Annan stressande eller skrämmande händelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Beskriv <input type="text"/>		
c	Vilken händelse stör barnet 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 stört ditt barn/ungdom de senaste 2 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 tankar eller bilder av en stressande händelse, eller återupprepande av en stressande händelse i lek	0	1	2	3
2	Otäcka drömmar som relaterar till en stressande händelse	0	1	2	3
3	Agerar, leker eller känner som att en stressande händelse händer just nu	0	1	2	3
4	Känner sig väldigt emotionellt upprörd när det påminns om en stressande händelse	0	1	2	3
5	Starka fysiska reaktioner när det påminns om en stressande händelse	0	1	2	3
6	Försöker att inte komma ihåg, tänka på eller ha känslor kring en stressande händelse	0	1	2	3
7	Undviker allt som påminner om en stressande händelse (aktiviteter, platser, människor, saker eller samtal)	0	1	2	3
8	Inte kunna komma ihåg en viktig del av en stressande händelse	0	1	2	3
9	Negativ förändring i hur hon/han tänker om sig själv, andra eller världen efter en stressande händelse	0	1	2	3
10	Tänker att en stressande händelse hände för att hon/han eller någon annan gjorde något fel eller inte gjorde tillräckligt för att hindra det	0	1	2	3
11	Har mycket negativa känslomässiga tillstånd (rädd, arg, skuld skam)	0	1	2	3
12	Tappat intresset för aktiviteter hon/han tyckte om innan en stressande händelse	0	1	2	3
13	Känner avstånd eller avskuren från människor runt henne/honom	0	1	2	3
14	Inte visat positiva känslor (vara glad, har kärleksfulla känslor)	0	1	2	3
15	Varit irriterad, eller haft vredesutbrott utan någon anledning och ut det på andra människor eller saker	0	1	2	3
16	Riskfyllt beteende eller beteende som kan vara skadligt	0	1	2	3
17	Varit överdrivet alert eller på sin vakt	0	1	2	3
18	Varit nervös eller darrig	0	1	2	3
19	Problem med att koncentrationen	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