

Behandlar-ID

Namn/Patient-ID

Ålder

Kön

Datum

			Flicka	Pojke	A A M M D D

Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de vita fälten i formuläret. Ovan fyller du i Barnets namn eller Patient-ID, barnets Ålder, Kön, dagens Datum samt ditt Namn och kryssar i om du är Förälder eller Lärare till barnet.

Vi skulle vilja veta hur du tänkt, känt och reagerat efter:

Det finns inga svar som är rätt eller fel, bara hur **du** tänker och känner.

Sätt ett X i den ruta som visar hur väl var och en av de här meningarna stämmer för **dig**.

		Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
Till exempel om du känner dig ganska trött på morgonen eller om du känner dig trött på morgonen ibland, sätter du ett X i mittersta rutan.		0	1	2
Exem- pel	Jag känner mig sömning på morgonen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under tiden det hände:		Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
1	Det var verkligen en chock, hemskt eller fruktansvärt.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2	Jag vill stoppa det, men jag kunde inte.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3	Jag kände mig verkligen rädd.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4	Jag trodde att jag skulle dö.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Under tiden det hände (eller efter):		Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
5	Jag hade inga känslor - Jag kunde inte vara upprörd, ledsen eller glad.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6	Saker verkade överkliga för mig -som om jag var i en dröm eller såg en film.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7	Jag kände mig dimmig -som om jag inte visste vad som hände.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8	Jag kände mig annorlunda och långt borta från andra människor, även om andra var med mig.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Nu:		Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
9	Jag kan inte komma ihåg vissa viktiga delar av vad som hände.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
10	Bilder eller ljud från det som hände dyker upp i mitt huvud.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
11	Jag kan inte sluta tänka på det.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
12	Ibland verkar det som att det händer på nytt om igen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
13	När någonting påminner mig om det som hände, känner jag mig väldigt upprörd	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
14	Efter att detta hände har jag haft fler mardrömmar.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Å	Å	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---

Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de vita fälten i formuläret.

Nu:		Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
15	Jag försöker att inte tänka på det som hände.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
16	Jag försöker att inte tala om det.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
17	Jag vill undvika saker som påminner mig om det som hände.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
18	Jag försöker stoppa mina känslor om det.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
19	Det är svårt för mig att somna in eller sova gott.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
20	Efter att det här hände blir jag lättare arg eller irriterad.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
21	Jag har svårare att koncentrera mig eller vara uppmärksam.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
22	Jag känner mig rädd för att något dåligt kan hända.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
23	Ett plötsligt ljud får mig att rycka till.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>

Avsluta varje mening. Välj de ord som stämmer för dig och markera med ett X.

24	Mina tankar eller känslor om det som hände....	0 stör mig inte alls. <input type="checkbox"/>	1 stör mig lite. <input type="checkbox"/>	2 stör mig mycket. <input type="checkbox"/>
25	Sedan det här hände, är det... att komma överens med vänner eller familj.	0 lättare för mig <input type="checkbox"/>	1 likadant som förut <input type="checkbox"/>	2 svårare <input type="checkbox"/>

Nu:		Aldrig/ inte sant	Ibland/ ganska	Ofta/ mycket sant
26	Jag har svårt att komma tillbaka till att göra vanliga saker (aktiviteter, skola, idrotter)	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
27	Mina föräldrar eller andra familjemedlemmar har verkligen varit upprörda (ledsna, rädsla eller arga) sedan det här hände	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
28	Jag har närstående (mina föräldrar, familj eller vänner som verkligen förstår hur jag känner	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>
29	Om jag blir ledsen eller upprörd, vet jag hur jag kan hjälpa mig själv att må bättre.	0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>