

Behandlare

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 Namn/Patient-ID, Ålder, Kön och dagens Datum.

Markera med ett kryss de alternativ som stämmer bäst.

A Ibland kan skrämmande eller väldigt jobbiga saker hända. Dessa saker kan ibland påverka vad vi tänker, hur vi känner oss och vad vi gör.		Nej (0)	Ja (1)
1	Har du någonsin sett när andra personer knuffar, slår, kastar saker på varandra eller hugger, skjuter eller på något annat sätt försöker skada varandra?		
2	Har någon skadat dig? Slagit, sparkat eller knuffat dig riktigt hårt med händer, fötter, bälte eller något annat föremål? Eller försökt skjuta eller hugga dig?		
3	Har någon tagit på din rumpa, snippa, snopp eller bröst (alltså på områden på din kropp som brukar täckas av en baddräkt, trosor, behå eller kalsonger) på ett sätt som kändes jobbigt? Eller har någon fått dig att röra dem på det sättet?		
4a	Har något annat väldigt jobbigt eller skrämmande hänt dig (t ex en viktig person har dött, separerad från en viktig person, blivit lämnad ensam en längre tid, inte haft tillräckligt med mat, allvarlig olycka eller sjukdom, brand, hundbett, mobbning)?		

4b Vad var det som hände?

B Ibland kan skrämmande och jobbiga händelser påverka hur människor tänker, känner och betar sig. Nu kommer frågor som handlar om hur du har känt och tänkt under den senaste tiden.

Hur ofta har du haft följande svårigheter de senaste 30 dagarna?

		Antal gånger			
		Aldrig eller sällan (0)	1-2 gånger i månaden (1)	1-2 gånger i veckan (2)	3 eller flera gånger i veckan (3)
1	Starka känslor i din kropp när du minns något som du varit med om (svettas, hjärtat slår fort, mår illa).				
2	Försöker hålla dig borta från personer, platser eller saker som påminner dig om något som har hänt.				
3	Svårt att känna dig glad.				
4	Svårt att sova.				
5	Svårt att koncentrera dig eller fokusera.				
6	Känner dig ensam och inte nära andra personer.				