

CTS

Verslag verzorger (leeftijd 6-17)

1

Naam/ID kind: _____ Leeftijd: _____ Geslacht: Mannelijk Vrouwelijk Andere

Beheerd door: _____ Datum ingevuld: _____

2

GEBEURTENISSEN: Soms overkomen mensen enge of schokkende dingen.

Deze dingen kunnen soms invloed hebben op wat we denken, hoe we ons voelen en wat we doen.

| | Ja | Nee |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Heeft uw kind ooit gezien dat mensen elkaar duwden, sloegen, dingen naar elkaar gooiden, of elkaar neerstaken, beschoten of probeerden pijn te doen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Heeft iemand je kind ooit echt pijn gedaan? Heel hard geslagen, gestompt of geschopt met handen, riemen of andere voorwerpen, of geprobeerd te schieten of te steken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heeft iemand uw kind ooit aangeraakt op de lichaamsdelen die bedekt worden door een badpak, op een manier waardoor u of uw kind zich ongemakkelijk voelde? Of heeft iemand uw kind op die manier aangeraakt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Is er iets anders heel ergs of engs gebeurd met je kind (dierbare overleden, gescheiden van dierbare, lange tijd alleen gelaten, niet genoeg te eten gehad, ernstig ongeluk of ernstige ziekte, brand, hondenbeet, pesten)? Wat was het? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3

REACTIES: Soms hebben enge of verontrustende gebeurtenissen invloed op hoe mensen denken, voelen en handelen. De volgende vragen gaan over hoe uw kind zich de laatste tijd voelt en denkt.

| Hoe vaak gebeurde elk van deze dingen in de <u>afgelopen 30 dagen</u> ? | Nooit/ Zelden | 1-2 ker per maand | 1-2 keer per week | 3+ keer per week |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 5. Je kind heeft sterke gevoelens in zijn lichaam als het zich iets herinnert dat is gebeurd (zweeten, hart klopt snel, misselijk voelen). | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. Je kind probeert uit de buurt te blijven van mensen, plaatsen of dingen die hem/haar herinneren aan iets dat is gebeurd. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. Je kind heeft moeite om zich gelukkig te voelen. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. Je kind heeft moeite met slapen. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 9. Je kind kan zich moeilijk concentreren of opletten. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 10. Je kind voelt zich alleen en niet dicht bij de mensen om hem of haar heen. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

OPMERKINGEN: