

CTS

Relatório do Cuidador (Idade 6-17)

Versão Portuguesa

1

Nome da Criança/
Identificação: _____ Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Outro
Administrado Por: _____ Data de Conclusão: _____

2

EVENTOS: Por vezes, acontecem eventos assustadores ou perturbadores às pessoas. Estes eventos podem, por vezes, afetar a forma como pensamos, o que sentimos e o que fazemos.

	Sim	Não
1. O(a) seu(sua) filho(a) alguma vez viu pessoas a empurrar, bater, atirar coisas umas às outras, a esfaquear, alvejar ou a tentarem magoar-se mutuamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Já alguém magoou gravemente o(a) seu(sua) filho(a)? Bateu, esmurrou ou pontapeou com muita força com as mãos, cintos ou qualquer outro objeto ou tentou alvejar ou esfaqueá-lo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alguma vez alguém tocou no(a) seu(sua) filho(a) nas partes do corpo que um fato de banho cobre, de uma forma que o deixou a si ou a(a) seu(sua) filho(a) desconfortável? Ou alguém pediu ao(à) seu(sua) filho(a) que lhe tocasse dessa forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aconteceu mais algum evento muito perturbador ou assustador ao(a) seu(sua) filho(a) (falecimento de um ente querido, separação de um ente querido, foi deixado(a) sozinho(a) durante muito tempo, não teve comida suficiente para comer, acidente ou doença grave, incêndio, mordida de cão, bullying)? O que aconteceu? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

REAÇÕES: Por vezes, eventos assustadores ou perturbadores afetam a forma como as pessoas pensam, sentem e agem. As próximas questões questionam a forma como o(a) seu(sua) filho(a) se tem sentido e o que tem pensado ultimamente.

Com que frequência aconteceram estas coisas nos <u>últimos 30 dias</u> ?	Nunca / raramente	1 ou 2 vezes por mês	1 ou 2 vezes por semana	Mais de 3 vezes por semana
5. O(a) seu(sua) filho(a) tem reações corporais fortes quando se lembra de algo que aconteceu (suores, ritmo cardíaco acelerado, enjoos).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. O(a) seu(sua) filho(a) tenta manter-se afastado(a) de pessoas, lugares ou coisas que o(a) relembram de algo que aconteceu.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. O(a) seu(sua) filho(a) tem dificuldades em sentir-se feliz.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. O(a) seu(sua) filho(a) tem dificuldades em dormir.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. O(a) seu(sua) filho(a) tem dificuldades em concentrar-se ou prestar atenção.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. O(a) seu(sua) filho(a) sente-se sozinho(a) e não se sente próximo(a) das pessoas que o(a) rodeiam.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

NOTAS: