

Ecranul global de psihotraumă|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Participant Identification NumberGenul* Feminin Masculin Alte Prefer să nu spun

Vârsta (ani)* |_|_|_|

Uneori, oamenilor li se întâmplă lucruri care sunt neobișnuit sau deosebit de înfricoșătoare, oribile sau traumatice.**Descrieți pe scurt evenimentul sau experiența care vă afectează cel mai mult în prezent:**

.....

Acest eveniment s-a luna trecută ultima jumătate anul trecut mai demult **întâmpat:****Acest eveniment:** a fost un singur eveniment și a avut loc când am avut (aproximativ) _____ ... ani s-a întâmplat pe o perioadă mai lungă / de mai multe ori între vârsta de _____ și _____**Care dintre următoarele caracterizează evenimentul (mai multe răspunsuri posibile):**Violență fizică: dumneavoastră s-a întâmplat altcuivaViolență sexuală: dumneavoastră s-a întâmplat altcuivaAbuz emoțional: dumneavoastră s-a întâmplat altcuivaRană serioasă: dumneavoastră s-a întâmplat altcuivaPericol de moarte: dumneavoastră s-a întâmplat altcuiva Moartea subită a unei persoane dragi Cauzați un rău altcuiva Coronavirus (COVID-19)**Având în vedere evenimentul de mai sus, în ultima lună, ați ...**1. avut coșmaruri din cauza evenimentului (evenimentelor) traumatic/e din Da Nu
trecut sau v-ați gândit la eveniment (evenimente) când nu ați vrut să
faceți asta?

2.	ați încercat din greu să nu vă gândiți la evenimentul (evenimentele) traumatice din trecutul dvs. sau ați făcut tot posibilul pentru a evita situațiile care v-au amintit de eveniment (evenimente)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
3.	ați fost în mod constant în gardă, vigilent sau ușor surprins?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
4.	v-ați simțit amorțit sau detașat de oameni, activități sau împrejurimile dvs.?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
5.	v-ați simțit vinovat sau în imposibilitatea de a înceta să vă învinovați pe dvs. sau pe ceilalți pentru evenimentele traumatice din trecut sau pentru orice probleme cauzate de eveniment/e?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
6.	ați avut tendința de a vă simți lipsit de valoare?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
7.	ați avut izbucniri de furie pe care nu le-ați putut controla?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
8.	v-ați simțit nervos, anxios sau iritat?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
9.	nu ați reușit să opriți sau să vă controlați îngrijorarea?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
10.	v-ați simțit dezamăgit, deprimat sau fără speranță?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
11.	ați simțit puțin interes sau plăcere în a face lucruri?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
12.	ați avut probleme să adormiți sau de a vă continua somnul?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
13.	ați încercat să vă răniți în mod intenționat?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
14.	ați perceput sau ați experimentat lumea sau alți oameni în mod diferit, astfel încât lucrurile să pară de vis, ciudate sau ireale?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
15.	v-ați simțit detașat sau separat de corpul dvs. (de exemplu, ați simțit că vă priviți de sus sau ca și cum sunteți un observator exterior al propriului dvs. corp)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
16.	ați avut alte probleme fizice, emoționale sau sociale care v-au deranjat?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
17.	ați experimentat alte evenimente stresante (cum ar fi probleme financiare, schimbarea locului de muncă, mutarea în altă casă, criză relațională la muncă sau în viața privată)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
18.	ați încercat să reduceți tensiunile folosind alcool, tutun, droguri sau medicamente?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
19.	v-au lipsit persoane în jurul dvs. pe care vă puteați baza cu ușurință pentru ajutor în momente de dificultate (cum ar fi sprijin emoțional, supravegherea copiilor sau a animalelor de companie, transport la spital sau la magazin, ajutor atunci când sunteți bolnav)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
20.	În timpul copilăriei dvs. (0-18 ani), ați experimentat vreun eveniment traumatizant de viață (de exemplu, un accident grav sau un incendiu, agresiune fizică sau sexuală sau abuz, un dezastru, ați văzut că cineva era ucis sau rănit grav sau decesul unei persoane dragi)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu

21.	Ați primit vreodată un diagnostic psihiatric sau ați fost vreodată tratat pentru probleme psihologice (de exemplu, depresie, anxietate sau o tulburare de personalitate)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu							
22.	În general, vă considerați o persoană rezistentă?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu							
23.	Cum ați evalua felul cum funcționați în prezent (la serviciu/acasă)?											
	slab	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	excelent