

Ecranul global de psihotraumă pentru adolescenți (GPS-T)|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Participant Identification Number**11-17 ani**Genul* Feminin Masculin Alte Prefer să nu spun

Vârsta (ani)* |_|_|

Uneori, oamenilor li se întâmplă lucruri care sunt neobișnuit de înspăimântătoare și oribile. Dacă vi s-au întâmplat astfel de lucruri, vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos despre evenimentul care acum vă deranjează cel mai mult.**După eveniment, ați avut oricare dintre următoarele în ultima lună? Vă rugăm să marcați „Nu” dacă nu ați experimentat sau marcați „Da” dacă ați experimentat.**

1.	ați avut vise foarte înfricoșătoare sau gânduri supărătoare despre eveniment?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
2.	ați încercat din greu să nu vă gândiți la eveniment sau ați încercat să evitați locuri, situații, oameni și orice v-a amintit de eveniment?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
3.	ați fost în mod constant în gardă, vigilent sau ușor surprins, chiar și atunci când nu a existat niciun motiv pentru asta?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
4.	v-ați simțit amorțit sau detașat de oameni, activități sau împrejurimi într-un mod care vă face să vă simțiți absent, chiar dacă sunteți prezent fizic?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
5.	v-ați simțit vinovat pentru ceea ce vi s-a întâmplat și pentru eventualele probleme cauzate de eveniment?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
6.	v-ați simțit rău în privința dvs., de parcă nu ați fi important sau nu ați conta?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
7.	v-ți înfuriat sau mâniat și nu v-ați putut controla?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
8.	v-ați simțit nervos sau anxios?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
9.	nu v-ați putut opri sau controla îngrijorarea?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
10.	v-ați simțit trist, deprimat sau fără speranță?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
11.	ați avut puțin interes sau plăcere să faceți lucruri care înainte vă aduceau bucurie?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
12.	ați avut probleme ca să adormiți sau să readormiți, chiar dacă voiați să dormiți?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
13.	ați încercat să vă răniți intenționat?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
14.	ați privit lumea și pe ceilalți oameni din jurul dvs. într-un mod care părea ciudat ca și cum erați într-un vis, chiar dacă erați treaz?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
15.	ați simțit că vă priviți de sus, sau ca și cum vă vedeți corpul din exterior?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu
16.	v-au deranjat alte probleme (de exemplu, dureri, sentimente rele, probleme cu școala, familia sau prietenii)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu

17.	ați experimentat alte evenimente stresante (de exemplu, nu aveți destui bani sau mâncare, mutarea în altă casă, incidente la școală, cu prietenii sau membrii familiei?)	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu							
18.	ați încercat să diminueați sentimentele rele fumând sau vaping, bănd alcool, consumând droguri sau luând medicamente care nu v-au fost prescrise?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu							
19.	nu ați avut pe nimeni să vă susțină (de exemplu, să vă ajute să vă simți mai bine atunci când sunteți supărat, să vă ducă la școală sau la evenimente, să meargă cu dvs. la medic sau la spital)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu							
20.	În timpul copilăriei dvs. timpurii (0-10 ani), ați trecut prin alte evenimente înspăimântătoare sau oribile?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu							
21.	Vi s-a spus vreodată că aveți probleme emoționale sau comportamentale sau ați fost vreodată tratat pentru astfel de probleme (de exemplu, depresie, anxietate, ADHD (tulburare cu deficit de atenție /hiperactivitate, tulburări de alimentație sau orice probleme de comportament)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu							
22.	În general, vă considerați o persoană rezistentă (cineva care se întoarce din situații dificile sau care poate depăși lucrurile rele care se întâmplă)?	<input type="checkbox"/>	Da	<input type="checkbox"/>	Nu							
23.	Cum ați evalua felul cum funcționați în prezent (Cum vă descurcați acum acasă, la școală și în alte domenii ale vieții dvs.)?											
	slab	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	excelent