

Скринінг травм у дітей та підлітків – опікуни (CATS-C) – 7-17 років

Ім'я _____ Дата _____

Багато дітей стикаються зі стресовими подіями або подіями, які лякають. Нижче наданий перелік стресових або страхітливих подій, які іноді трапляються. Відмітьте «ТАК», якщо зазначене траплялося з дитиною, наскільки це вам відомо. Відмітьте «НІ», якщо зазначене з дитиною не траплялося.

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Тяжке стихійне лихо, як-от повідь, торнадо, ураган, землетрус або пожежа. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| Тяжка аварія або травмування, як-от | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 2. автомобільна/велосипедна аварія, укуси собаки, спортивні травми. | | |
| 3. Пограбування з застосуванням погроз, сили або зброї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 4. Отримували ляпаси, удари кулаком або побиття в сім'ї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 5. Отримували ляпаси, удари кулаком або побиття кимось не з сім'ї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 6. Дитина бачила, як хтось отримував ляпаси, удари кулаком або побиття в сім'ї. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 7. Дитина бачила, як хтось отримував ляпаси, удари кулаком або побиття в громаді. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 8. Хтось старшого віку доторкався до її інтимних частин, хто не повинен був цього робити. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 9. Хтось здійснював тиск або змушував до сексу, або коли він/вона не міг (могла) сказати ні. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| Хтось з близьких дитини помирав неочікуваною або | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 10. насильницькою смертю. | | |
| Напади, удари гострою зброєю, вистріли або сильні | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 11. поранення | | |
| Дитина бачила, як хтось піддавався нападам, ударам | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 12. гострою зброєю, вистрілам або отримував сильні поранення. | | |
| 13. Стрессова або страхітлива медична процедура. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 14. Перебування в місцях ведення війни. | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |
| 15. Інша стрессова або страхітлива подія? | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Ні |

Опишіть:

Яка з подій зараз найбільше непокоїть дитину? _____

Якщо ви відмітили будь-яку стресову або страхітливу подію для дитини, перегорніть сторінку та дайте відповіді на наступні запитання.

Відмітьте 0, 1, 2 або 3 стосовно того, як часто нижче зазначене турбувало дитину протягом останніх двох тижнів. Відповідайте якомога точніше:

0 – ніколи / 1 – інколи / 2 – половину часу / 3 – майже постійно:

1.	Сумні думки або образи щодо стресової події. Або відтворення стресової події в грі.	0	1	2	3
2.	Погані сни, пов'язані зі стресовою подією.	0	1	2	3
3.	Дитина діє, грає або відчуває себе так, нібито стресова ситуація відбувається саме зараз.	0	1	2	3
4.	Відчуває себе надзвичайно сумним(-ою), згадуючи стресову подію.	0	1	2	3
5.	Гостра фізична реакція при згадці про стресову подію (потіння, швидке серцебиття).	0	1	2	3
6.	Намагається не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події.	0	1	2	3
7.	Уникає всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов).	0	1	2	3
8.	Не може згадати важливої частини стресової події.	0	1	2	3
9.	Помітні негативні зміни в тому, як він (вона) думає про себе, інших та весь світ після стресової події.	0	1	2	3
10.	Вважає, що стресова подія трапилася тому, що він (вона) або хтось інший щось зробив невірно або не зробив достатньо, щоб зупинити її.	0	1	2	3
11.	Дуже негативний емоціональний стан (страх, гнів, почуття провини, сорому).	0	1	2	3
12.	Втратив(-ла) зацікавленість у діяльності, яка йому (їй) подобалася до стресової події.	0	1	2	3
13.	Відчуває себе віддаленим(-ою) або відрізаним(-ою) від людей навколо себе.	0	1	2	3
14.	Не проявляє позитивних емоцій (відчуття щастя, любові).	0	1	2	3
15.	Відчуває роздратованість. Або спостерігаються напади гніву без важливої причини, які зганяються на інших особах або речах.	0	1	2	3
16.	Ризикує або веде себе таким чином, що може зашкодити.	0	1	2	3
17.	Занадто насторожі або занадто обережний(-а).	0	1	2	3
18.	Занадто знервований(-а) або швидко лякається.	0	1	2	3
19.	Проблеми з концентрацією.	0	1	2	3
20.	Труднощі під час засинання або зі сном.	0	1	2	3

Будь ласка, відмітьте «ТАК» чи «НІ», якщо зазначені вами труднощі заважають:

- | | | | |
|---------------------|--|------------------------------|--|
| 1. Ладнати з іншими | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | 4. Родинним відносинам | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 2. Хобі/розвагам | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | 5. Загальному відчуттю щастя | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| 3. У школі | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | | |