

N.º de identificação do cliente _____

Data de preenchimento: _____

ESTRESSE, TRAUMA E EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

PREENCHIDO POR CLIENTES

Lista de verificação de transtorno de estresse pós-traumático para DSM-5 (PCL-5) [OPCIONAL]

A lista abaixo indica problemas pelos quais as pessoas às vezes passam em resposta a uma experiência muito estressante. Leia cada problema com atenção e, em seguida, circule um dos números à direita para indicar o quanto esse problema afetou você no mês passado.

No mês passado, quanto este evento incomodou você:	Não afetou	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Memórias repetidas, perturbadoras e indesejadas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores da experiência estressante?	0	1	2	3	4
3. Subitamente, se sentindo ou agindo como se a experiência estressante estivesse acontecendo novamente (como se você estivesse revivendo-a)?	0	1	2	3	4
4. Sentir muita chateação quando algo lembrou você da experiência estressante?	0	1	2	3	4
5. Ter fortes reações físicas quando algo lembrou você da experiência estressante (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade para respirar, transpirar)?	0	1	2	3	4
6. Evitar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar lembretes externos da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
8. Dificuldade em se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

No mês passado, quanto este evento incomodou você:	Não afetou	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
9. Ter fortes crenças negativas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos como: Eu sou ruim, há algo muito errado comigo, ninguém é confiável, o mundo é completamente perigoso)?	0	1	2	3	4
10. Culpar a si ou a outra pessoa pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	0	1	2	3	4
11. Ter fortes sentimentos negativos, como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades das quais gostava?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado(a) de outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Dificuldade em ter sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou ter sentimentos amorosos para com pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, explosões de raiva ou atitude agressiva?	0	1	2	3	4
16. Assumir muitos riscos ou fazer coisas que podem causar dano a você?	0	1	2	3	4
17. Estar “super alerta”, vigilante ou sempre na defensiva?	0	1	2	3	4
18. Sentir nervosismo ou se assustar facilmente?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldade de concentração?	0	1	2	3	4
20. Dificuldades em adormecer ou em dormir?	0	1	2	3	4

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.