

N.º de identificação do cliente \_\_\_\_\_

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

# ESTRESSE, TRAUMA E EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA

PREENCHIDO POR CLIENTES

## Triagem de Trauma Infantil e Adolescente (CATS) - Relatório de Jovens (7 a 17 anos) [OPCIONAL]

Eventos estressantes ou assustadores acontecem com muitas pessoas. Segue uma lista de eventos estressantes e assustadores que podem ocorrer. Marque SIM se aconteceu com você. Marque Não se não aconteceu com você.

Evento	Não	Sim
1. Desastres naturais graves, como enchentes, tornados, furacões, terremotos ou incêndios.		
2. Acidente ou lesão grave, como acidente de carro/bicicleta, mordida de cachorro ou lesão esportiva.		
3. Ameaças, agressões ou feridas graves dentro da família.		
4. Ameaças, agressões ou feridas graves na escola ou na comunidade.		
5. Ataque, esfaqueamento, tiroteio ou roubo com ameaça.		
6. Ver alguém da família ser ameaçado, agredido ou machucado gravemente.		
7. Ver alguém na escola ou na comunidade ser ameaçado, agredido ou machucado gravemente.		
8. Alguém fez coisas de natureza sexual a você ou fez com que você fizesse coisas de natureza sexual à pessoa quando você não podia rejeitar. Ou quando forçado ou pressionado.		
9. Online ou nas redes sociais, alguém pressionou você ou lhe pediu para fazer algo de natureza sexual. Como tirar ou enviar fotos.		
10. Alguém fez bullying com você pessoalmente. Falando coisas muito maldosas para assustar você.		
11. Alguém fez bullying com você online. Falando coisas muito maldosas para assustar você.		
12. Alguém próximo a você morreu repentinamente ou violentamente.		
13. Você teve um procedimento médico estressante ou assustador.		

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

Evento	Não	Sim
14. Esteve em uma situação de guerra.		
15. Outro evento estressante ou assustador?		
Descrever: _____		

**Marque 0, 1, 2 ou 3 para indicar quantas vezes essas coisas afetaram a você nas últimas duas semanas:**

Nas últimas duas semanas, com que frequência as seguintes coisas afetaram a você:	Nunca	Uma vez ou outra	Metade do tempo	Quase sempre
1. Surgem em sua cabeça pensamentos ou imagens perturbadoras sobre o que aconteceu.	0	1	2	3
2. Sonhos ruins que fazem você se lembrar do que aconteceu.	0	1	2	3
3. Sentir que algo que aconteceu está acontecendo de novo.	0	1	2	3
4. Sentir muita chateação quando algo lembrou você do que aconteceu.	0	1	2	3
5. Sentimentos fortes em seu corpo quando é lembrado do que aconteceu (transpirar, coração batendo rápido, estômago embrulhado).	0	1	2	3
6. Tentar não pensar ou falar sobre o que aconteceu. Ou não desenvolver sentimentos sobre isso.	0	1	2	3
7. Ficar longe das pessoas, lugares, coisas ou situações que recordam você do que aconteceu.	0	1	2	3
8. Não poder se lembrar de parte do que aconteceu.	0	1	2	3
9. Pensamentos negativos sobre você ou outras pessoas. Pensamentos como: eu não tenho uma vida boa, não posso confiar em ninguém, o mundo inteiro não é seguro.	0	1	2	3
10. Culpar a si pelo que aconteceu ou culpar outra pessoa quando não é culpa dela.	0	1	2	3
11. Frequentes sentimentos ruins (medo, raiva, culpa, vergonha).	0	1	2	3
12. Não querer fazer as coisas que costumava fazer.	0	1	2	3
13. Não se aproximar de pessoas.	0	1	2	3
14. Não poder ter sentimentos bons ou felizes.	0	1	2	3

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

Nas últimas duas semanas, com que frequência as seguintes coisas afetaram a você:	Nunca	Uma vez ou outra	Metade do tempo	Quase sempre
15. Sentir ira. Ter acessos de raiva e descontar nos outros.	0	1	2	3
16. Fazer coisas inseguras.	0	1	2	3
17. Ter cautela excessiva, sempre na defensiva (ver quem está ao seu redor).	0	1	2	3
18. Sentir nervosismo.	0	1	2	3
19. Dificuldade em prestar atenção.	0	1	2	3
20. Dificuldades em adormecer ou em dormir.	0	1	2	3

Marque “SIM” ou “NÃO” se os problemas que marcou interferem com:

Os problemas descritos nas perguntas anteriores interferem nestes aspectos de sua vida?	Sim	Não
1. Dar-se bem com outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hobbies/diversão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Escola ou trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Relações familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Felicidade geral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>