

שאלון להורים עבור ילדים שעברו אירוע טראומטי

שם הילד	גיל	שם ההורה	תאריך
<p>נא לסמן עד כמה כל דבר מתאר את ילדכם בשבוע האחרון. לסמן בעיגול 2 אם התאור מאוד נכון או בדרך כלל נכון לגבי ילדכם סמנו בעיגול 1 אם התאור די או לפעמים מתאים לילדכם הקיפו את ה-0. לא לדלג, גם אם אינך בטוח.</p>			
מתקשה להתרכז	0 1 2		
תנודות במצבי רוח	0 1 2		
חושב על זכרונות שליליים	0 1 2		
מרחף	0 1 2		
מרגיש אשם מדי	0 1 2		
חרד	0 1 2		
פחדים לא רציונליים (הגיוניים)	0 1 2		
חוזר עם אותו משחק או פעילות	0 1 2		
נצמד למבוגרים	0 1 2		
נמנע מעיסוקים שענינו אותו בעבר	0 1 2		
עצוב או מדוכא	0 1 2		
היפר - עירני עירנות יתר	0 1 2		
מרגיש שמציקים לו	0 1 2		
מסתכסך	0 1 2		
דואג	0 1 2		
פחד	0 1 2		
מופנם - נסוג	0 1 2		
עצבני	0 1 2		
נבהל בקלות	0 1 2		
מתרגז בקלות (נרגז)	0 1 2		
כעסן	0 1 2		
מתווכח הרבה	0 1 2		
מתנהג בחשאיות	0 1 2		
מגלה חוסר אכפתיות	0 1 2		
קשיים בשינה	0 1 2		
ביעותים או חלומות רעים	0 1 2		
כאבי בטן	0 1 2		
כאבי ראש	0 1 2		