

استان: شهرستان: آدرس بیمارستان: تلفن بیمارستان:

نام و نام خانوادگی: جنس: مرد ☐ زن ☐ نام پدر: سن: تحصیلات:

آدرس محل سکونت / محل اسکان: تلفن:

پرسشنامه ارزیابی ASD برای تمام گروه های سنی (اختلال استرس حاد)

ردیف	سوال	خیر ۱	خیلی کم ۲	کم ۳	زیاد ۵	خیلی زیاد ۶
۱	آیا در حال حاضر حالت ترس و وحشتزدگی دارید؟					
۲	آیا در حال حاضر حالت گوش به زنگی دارید به نحوی که با هر صدایی از جا بپرید؟					
۳	آیا در حال حاضر حالت هایی مثل مات شدن، گریه یا دلهره دارید؟ (نام ببرید)					
۴	آیا در حال حاضر مشکل در خوابیدن دارید؟ مثل: (بی خوابی، بد خوابی، کابوس دیدن، از خواب پریدن)					
۵	آیا در حال حاضر دردهایی مثل سردرد، دل درد، درد قلب یا سایر اعضا در بدن خود احساس می کنید؟ (نام ببرید)					
۶	آیا در حال حاضر مشکلات گوارشی مثل: تهوع، استفراغ، بی اشتها دارید؟ (نام ببرید)					

پرسشنامه ارزیابی PTSD (اختلال استرس پس از سانحه) برای افراد بالای ۱۵ سال

ردیف	سوال	خیر ۱	خیلی کم ۲	کم ۳	زیاد ۵	خیلی زیاد ۶
۱	آیا در این حادثه شما شاهد مرگ، تهدید به مرگ یا منجر به مجروحیت جسمی شدید بوده اید؟ (مانند خراب شدن خانه ها، زیر آوار ماندن، دیدن شخصی که شدیداً مجروح یا کشته شده است)					
۲	آیا خاطرات آشفته و ناراحت کننده این حادثه بطور مکرر در خواب و بیداری به ذهن شما فشار می آورد؟					
۳	آیا هیچگاه تلاش کرده اید تا از فکر کردن راجع به این حادثه یا روبرو شدن یا مواردی که یادآور این حادثه می باشد، دوری کنید؟					
۴	آیا بعد از این حادثه نسبت به دیگران یا آینده یا چیزهایی که به آن علاقمند بودید نا امید شده اید؟					
۵	کدامیک از علائم زیر بعد از حادثه در شما وجود دارد؟ (نام ببرید) اشکال در خوابیدن - عصبانیت - اشکال در تمرکز - از جا پریدن					
۶	آیا علائم فوق در عملکرد شغلی، تحصیلی و اجتماعی شما اختلال ایجاد کرده است؟ (نام ببرید)					

نام و نام خانوادگی پرسشگر: سمت پرسشگر: تاریخ تکمیل فرم: امضاء: