

Rastreo Global de Psicotrauma (GPS)

_____|_____|_____|_____|_____|

Número de Identificação do participante

Género

Feminino Masculino Outro

Idade (anos)

_____|_____|_____|

Por vezes acontecem coisas na vida das pessoas que são incomuns ou especialmente assustadoras, horríveis ou traumáticas.

Descreva de forma breve o(s) acontecimento(s) ou experiência(s) que mais o podem ter afetado.

.....

Esta situação ocorreu: no mês passado
 nos últimos seis meses
 no ano passado
 há mais tempo atrás

Esta situação:

foi única e aconteceu aos meus ____|____| anos de idade
 ocorreu durante um período longo / várias vezes, entre os meus ____|____| e ____|____| anos de idade.

Qual ou quais das seguintes situações melhor caracterizam a(s) sua(s) experiência(s)?
(são possíveis várias respostas):

Violência física: para si próprio aconteceu a outra pessoa
Violência sexual: para si próprio aconteceu a outra pessoa
Abuso emocional: para si próprio aconteceu a outra pessoa
Ferimento grave: para si próprio aconteceu a outra pessoa
Risco de vida: para si próprio aconteceu a outra pessoa

Morte inesperada de alguém querido
 Eu próprio magoei alguém
 Corona virus (COVID-19)

Considerando a(s) situação(ões) que descreveu anteriormente, durante o mês passado:

- | | | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | .. Teve pesadelos sobre acontecimentos traumáticos passados ou pensou sobre eles mesmo não querendo? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 2. | .. Esforçou-se para não pensar sobre acontecimentos traumáticos passados, ou saiu da sua rotina para não pensar neles? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 3. | .. Sentiu-se constantemente alerta, vigilante ou sobressaltado? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 4. | .. Sentiu-se emocionalmente desligado ou ausente das pessoas, de actividades ou do seu ambiente? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 5. | .. Sentiu-se culpado ou incapaz de parar de se culpar a si próprio ou aos outros por acontecimentos traumáticos passados ou outros problemas que esses acontecimentos possam ter causado? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 6. | .. Sentiu-se sem valor? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 7. | .. Sentiu crises de raiva que não conseguiu controlar? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 8. | .. Sentiu-se nervoso, ansioso ou fora de controlo? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 9. | .. Sentiu-se incapaz de parar ou de reduzir a sua preocupação? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

10.	.. Sentiu-se abatido, deprimido ou sem esperança?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
11.	.. Sentiu-se com menos interesse ou prazer ao realizar atividades?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
12.	.. Teve problemas em adormecer ou manteve-se acordado quando desejava dormir?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
13.	.. Tentou magoar-se intencionalmente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
14.	.. Sentiu ou experienciou o mundo ou as pessoas à sua volta de forma diferente, como se estivesse a viver um sonho ou como se tudo fosse estranho ou irreal?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
15.	.. Sentiu-se desligado ou separado do seu próprio corpo (por exemplo, sentir como se estivesse a ver-se a si próprio de um plano superior ou como se fosse um observador externo do seu próprio corpo)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
16.	.. Teve outros problemas físicos, emocionais ou sociais que o incomodaram?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
17.	.. Teve outros acontecimentos preocupantes que o incomodaram (por exemplo, problemas financeiros, mudança de trabalho, mudança de casa, problemas relacionais no trabalho ou na vida privada)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
18.	.. Tentou reduzir a tensão/stress usando álcool, tabaco, medicação ou drogas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
19.	.. Sentiu falta de suporte de pessoas à sua volta que pudessem ajudar de imediato caso tivesse necessidade (suporte emocional, ajudar a tomar conta das crianças ou animais de companhia, levar ao hospital ou a uma loja, ou ajudá-lo se ficar doente)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
20.	Durante a sua infância e adolescência (0-18 anos), viveu alguma situação traumática (por exemplo, acidente sério ou incêndio, abuso físico ou sexual, desastre, ver alguém a ser morto ou seriamente ferido ou ter perdido alguém que lhe era querido)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
21.	Alguma vez foi diagnosticado com um problema psiquiátrico ou alguma vez foi tratado por causa de problemas psicológicos (por exemplo depressão, ansiedade ou distúrbio de personalidade)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
22.	Considera-se no geral , uma pessoa resiliente/resistente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim									
23.	Como descreve o modo como funciona actualmente (no trabalho/em casa)?											
	Mau	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente