

Rastreo Global de Psicotrauma (GPS)

□□□□□□

Número de Identificação do participante

Gênero

Feminino Masculino Outro

Idade (anos)

□□□□

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

Descreva de forma breve o acontecimento ou experiência que mais afetou você.

.....

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

Esta situação:

foi única e aconteceu quando eu tinha □□□ 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: contra si próprio aconteceu com outra pessoa
Violência sexual: contra si próprio aconteceu com outra pessoa
Abuso emocional: contra si próprio aconteceu com outra pessoa
Ferimento grave: contra si próprio aconteceu com outra pessoa
Risco de vida: contra si próprio aconteceu com outra pessoa

Morte inesperada de alguém querido
 Eu próprio machuquei alguém
 Coronavírus (COVID-19)

Considerando a(s) situação(ões) que você 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 atividades ou do seu ambiente? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| 5. | ... Sentiu-se culpado ou incapaz de parar de culpar a si próprio ou aos outros por acontecimentos traumáticos passados ou por 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 controle? | <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 machucar-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 vivendo 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 vendo 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/estresse 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 estimação, 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 ser morto ou seriamente ferido ou ter perdido alguém que era querido para você)?	<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 você avalia o modo como você funciona atualmente (no trabalho/em casa)?											
	Mal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente