

نام: نام خانوادگی: سن: جنس: محل زندگی: شهر/روستا: تاهل:

پرسشنامه ارزیابی ASD

برای افراد بالای ۱۵ سال

ردیف	سوال	خیلی کم ۱	کم ۲	زیاد ۴	خیلی زیاد ۵
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 به طور 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 روبه رو شدن با مواردی که یادآور این حادثه می باشد پرهیز کنید؟				
۴	آیا بعد از این حادثه نسبت به دیگران یا آینده یا چیزهایی که به آن علاقه مند بودید ناامید 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)				