

Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve)

F 4-16
uppföljning

Var vänlig kryssa för det alternativ (Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt) som du tycker passar bäst. Det är värdefullt om du besvarar alla frågor, även om du inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig. Frågorna gäller ditt barns beteende **den senaste månaden**.

Barnets namn

Pojke/Flicka

Födelsedatum

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delar gärna med sig till andra barn (t ex godis, leksaker, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljuger eller fuskar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänker sig för innan han/hon gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädd för mycket, är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andra kommentarer eller bekymmer du vill ta upp?

Var god vänd - det är några fler frågor på andra sidan

Sedan ni kom till mottagningen, har ert barns problem blivit:

Mycket sämre	Något sämre	Ungefär lika	Något bättre	Mycket bättre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har kontakten med mottagningen varit till hjälp på andra sätt, t ex givit information eller gjort det lättare att leva med problemen?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tycker du att ditt barn den senaste månaden har haft svårigheter på ett eller flera av följande områden: med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?

Nej	Ja, små svårigheter	Ja, klara svårigheter	Ja, allvarliga svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarade "Ja", var vänlig besvara de följande frågorna:

- Oroas eller lider ditt barn av sina svårigheter?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stör svårigheterna barnets vardagsliv på något av följande områden?

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
HEMMA / I FAMILJEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MED KAMRATER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I SKOLARBETET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VID FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Blir svårigheterna en belastning för dig eller för familjen som helhet?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift

Datum

Mamma/Pappa/Annan (var vänlig precisera):

Tack så mycket för hjälpen