

# Depression Self-Rating Scale

## Föräldraversion



Ditt namn	
<input type="text"/>	
Barnets namn	
<input type="text"/>	
Barnets ålder	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	A A M M D D

Följande frågor handlar om hur ditt barn har känt sig de senaste två veckorna.  
Kryssa i den ruta som stämmer in på ditt barn.

JA NEJ

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har ditt barn känt sig nere, ledsen eller tom, nästan hela tiden, nästan varje dag?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har ditt barn känt sig irriterad, arg eller upprörd nästan hela tiden, nästan varje dag?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har ditt barn nästan varje dag, känt sig ointresserad av det mesta eller haft svårt att ha roligt åt sådant som han/hon vanligtvis tycker om? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har ditt barn ätit mindre än vanligt eller har han/hon gått ner 2 kg eller mer i vikt under denna tid?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har ditt barn ätit mer än vanligt eller har han/hon gått upp 2 kg eller mer under denna tid?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har ditt barn haft svårt att somna, vaknat under natten, eller vaknat tidigare än vanligt på morgonen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Har ditt barn sovit mer än vanligt, i stort sett varje natt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har ditt barn känt sig så orolig och rastlös att han/hon haft svårt att vara stilla?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Har ditt barn varit mer stilla och rört sig mindre än vanligt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Har ditt barn känt sig svag, utmattad eller haft lite energi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Har ditt barns självförtroende varit sämre än vanligt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Har ditt barn haft skuld känslor eller känt sig värdelös?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har ditt barn haft svårigheter att tänka eller att koncentrera sig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Har ditt barn haft tankar på döden eller tänkt att det skulle vara bättre att vara död?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Har ditt barn haft tankar på att ta sitt liv?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du svarat JA på en eller flera av frågorna här ovan, ber vi dig också ta ställning till följande frågor:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 16. Har det här gjort att ditt barn mått väldigt dåligt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Har det här gjort att ditt barn inte klarat av sina vanliga uppgifter hemma eller i skolan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Har det här ställt till problem i er familj eller med ditt barns kompisar?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Har någon viktig person försvunnit ur ditt barns liv de senaste två månaderna?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Om Ja, månne ditt barn dåligt innan det hände?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Har ditt barn under någon period känt sig onormalt glad eller haft större självkänsla på ett sätt som du eller andra tycker verkar konstigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Har det varit så för ditt barn under minst en veckas tid under de senaste två veckorna?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |