

DSM-5 transdiagnostische-klachtenlijst niveau 1 voor kinderen van 6-17 jaar

Beoordeling door ouder/verzorger

Instructies (aan ouder of verzorger van het kind)

De volgende vragen gaan over dingen waarvan uw kind misschien last heeft gehad. Omcirkel bij elke vraag het getal dat het best omschrijft hoeveel (of hoe vaak) uw kind in **de afgelopen TWEE (2) WEKEN** last heeft gehad van elk probleem.

Naam van het kind

Leeftijd Datum

Relatie met het kind

		Hoeveel (of hoe vaak) heeft uw kind in de afgelopen TWEE (2) WEKEN ...		Geen <i>Helemaal niet</i>	Gering <i>Minder dan een dag of twee</i>	Licht <i>Meerdere dagen</i>	Matig <i>Meer dan de helft van de dagen</i>	Ernstig <i>Bijna elke dag</i>	Hoogste domeinscore <i>(Clinicus)</i>
I	1	Geklaagd over buikpijn, hoofdpijn of andere pijn?		0	1	2	3	4	
	2	Gezegd dat hij/zij zich zorgen maakte over zijn/haar gezondheid of ziek worden?		0	1	2	3	4	
II	3	Slaapproblemen gehad — dat wil zeggen, moeite met in slaap komen, doorslapen, of te vroeg wakker worden?		0	1	2	3	4	
III	4	Problemen gehad met opletten in de klas, bij het doen van zijn/haar huiswerk, het lezen van een boek of het spelen van een spel?		0	1	2	3	4	
IV	5	Minder plezier gehad in het doen van dingen dan normaal?		0	1	2	3	4	
	6	Uren achter elkaar een verdrietige of sombere indruk gemaakt?		0	1	2	3	4	
V + VI	7	De indruk gewekt meer geïrriteerd of sneller geërgerd te zijn dan normaal?		0	1	2	3	4	
	8	Een boze indruk gemaakt of een woede-uitbarsting gehad?		0	1	2	3	4	
VII	9	Een begin gemaakt met meer activiteiten dan normaal of meer riskante dingen gedaan dan normaal?		0	1	2	3	4	
	10	Minder geslapen dan normaal voor hem/haar, terwijl hij/zij toch nog veel energie had?		0	1	2	3	4	
VIII	11	Gezegd dat hij/zij zich nerveus, ongerust of bang voelde?		0	1	2	3	4	
	12	Niet kunnen stoppen met piekeren?		0	1	2	3	4	
	13	Gezegd dat hij/zij de dingen die hij/zij wilde doen of had moeten doen niet kon doen omdat hij/zij er zenuwachtig van werd?		0	1	2	3	4	

**DSM-5 transdiagnostische-klachtenlijst niveau 1
voor kinderen van 6-17 jaar**

[vervolg]

Beoordeling door ouder/verzorger

		Hoeveel (of hoe vaak) heeft uw kind in de afgelopen TWEE (2) WEKEN ...		Geen <i>Helemaal niet</i>	Gering <i>Minder dan een dag of twee</i>	Licht <i>Meerdere dagen</i>	Matig <i>Meer dan de helft van de dagen</i>	Ernstig <i>Bijna elke dag</i>	Hoogste domeinscore <i>(Clinicus)</i>
IX	14	Gezegd dat hij/zij stemmen hoorde — terwijl er niemand in de buurt was — die over hem/haar spraken of hem/haar opdroegen dingen te doen of akelige dingen tegen hem/haar zeiden?		0	1	2	3	4	
	15	Gezegd dat hij/zij een visioen had terwijl hij/zij helemaal wakker was — dat wil zeggen, iets of iemand zag wat/die niemand anders kon zien?		0	1	2	3	4	
X	16	Gezegd dat hij/zij gedachten had die steeds weer in zijn/haar hoofd opkwamen over dat hij/zij iets slechts zou doen of dat hem/haar of iemand anders iets ergs zou overkomen?		0	1	2	3	4	
	17	Gezegd dat hij/zij de behoefte voelde om bepaalde dingen steeds weer te controleren, bijvoorbeeld of een deur op slot was of het gasfornuis uit was?		0	1	2	3	4	
	18	De indruk gewekt zich veel zorgen te maken over dat dingen die hij/zij aanraakte vies waren of vol ziekteverwekkers zaten of vergiftigd waren?		0	1	2	3	4	
	19	Gezegd dat hij/zij dingen op een bepaalde manier moest doen, zoals tellen of speciale dingen hardop zeggen, om te voorkomen dat er iets ergs zou gebeuren?		0	1	2	3	4	
Heeft uw kind in de afgelopen TWEE (2) WEKEN ...									
XI	20	Alcohol gedronken (bier, wijn, sterkedrank, enzovoort)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet niet			
	21	Een sigaret, sigaar of pijp gerookt of snuiftabak of pruimtabak gebruikt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet niet			
	22	Drugs gebruikt, bijvoorbeeld marihuana, cocaïne of crack, recreatieve drugs (zoals ecstasy), hallucinogenen (zoals lsd), heroïne, snuif- of oplosmiddelen (zoals lijn) of methamfetamine (zoals speed)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet niet			
	23	Geneesmiddelen gebruikt die niet waren voorgeschreven door een arts, bijvoorbeeld pijnstillers, stimulantia (zoals ritalin), slaap- of kalmeringsmiddelen of steroïden?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet niet			
XII	24	Heeft hij/zij in de afgelopen TWEE (2) WEKEN verteld dat hij/zij zelfmoord wilde plegen of zelfmoordgedachten had?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet niet			
	25	Heeft hij/zij OOI een zelfmoordpoging gedaan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Weet niet			