

CCBH CLIENT ID NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATE OF ASSESSMENT

--	--	--	--	--	--

ASSESSMENT TYPE

- Initial [1]  
 Reassessment [2]  
 Discharge [4]

CLIENT'S LAST NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CLIENT'S FIRST NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MI

--

CLIENT DATE OF BIRTH

--	--	--	--	--	--

CLINICIAN / STAFF ID

--	--	--	--	--	--

UNIT

--	--	--	--

SUBUNIT

--	--	--	--

يرجى وضع علامة تحت العنوان الذي يلائمك بأفضل شكل.



خطأ



صواب

غالباً

2 

أحياناً

1 

أبداً

0 

1. تشكو من آلام وأوجاع

2. تقضى المزيد من الوقت بمفردك

3. تتعب بسرعة طاقة قليلة

4. متلملم لا تستطيع الجلوس هادئاً

5. لديك مشكلة مع معلم

6. أقل اهتماماً بالمدرسة

7. تتصرف وكأنك موجه بمحرك

8. تحلم أحلام اليقظة كثيراً

9. يتشتت انتباهك بسهولة

10. تخاف من المواقف الجديدة

11. تشعر بالحزن، عدم السرور

12. سهل الهياج، غاضب

13. تشعر باليأس

14. لديك مشكلة في التركيز

15. أقل اهتماماً بالأصدقاء

16. تتشاجر مع الأطفال الآخرين

17. تتغيب عن المدرسة

18. درجاتك المدرسية في تراجع

19. تنتقد نفسك

20. تزور الطبيب فلا يجد بك الطبيب خطباً

CCBH CLIENT ID NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

غالباً  
2أحياناً  
1أبداً  
0

21. لديك مشكلة في النوم

  

22. تقلق كثيراً

  

23. تريد التواجد مع ولى الأمر أكثر من السابق

  

24. تشعر أنك سئ

  

25. تقوم بمخاطر لا داعي لها

  

26. تتعرض للأذى بشكل متكرر

  

27. يبدو أنك تتمتع بشكل أقل

  

28. تتصرف بعمر أصغر من الأطفال في عمرك

  

29. لا تستجيب للقوانين

  

30. لا تظهر المشاعر

  

31. لا تفهم مشاعر الآخرين

  

32. تضايق الآخرين

  

33. تلوم الآخرين على مشاكلك

  

34. تأخذ أعراضاً لا تخصك

  

35. ترفض المشاركة