

GAIN-Short Screener (GAIN-SS)

Versão [GVER]: GSS 2.0.1

1. Qual é o seu nome? a. _____ b. _____ c. _____
(nome) (inicial) (sobrenome)

2. Qual é a data de hoje (MM/DD/AAAA)..... ____/____/____

<p>As perguntas a seguir são sobre problemas psicológicos, comportamentais e pessoais comuns. Esses problemas são considerados <u>significativos</u> quando você sofre deles por mais de duas semanas, quando os problemas estão sempre voltando, quando eles interferem com suas responsabilidades ou quando eles deixam você sem disposição para nada.</p> <p>Após cada uma das seguintes declarações, assinale a última vez que você sofreu do problema, se tiver sofrido alguma vez, circulando em: no mês passado (3), 2 a 12 meses (2), um ou mais anos atrás (1), ou nunca (0)</p>	Mês passado	2 a 12 meses atrás	mais de 1 ano atrás	nunca
	3	2	1	0

IDScr 1. Quando foi a última vez que você sofreu de problemas significativos...

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a. com a sensação de estar encurralado, sozinho, triste, deprimido, ou sem esperança em relação ao futuro? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. de sono, como pesadelos, sono agitado ou cair no sono durante o dia? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. com a sensação de muita ansiedade, nervosismo, tensão, apreensão, medo, terror ou com a sensação de que algo terrível irá acontecer? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. quando algo faz você se lembrar do passado e você se torna muito angustiado ou perturbado? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. com pensamento de terminar com sua vida ou cometer suicídio? | 3 | 2 | 1 | 0 |

EDScr 2. Quando foi a última vez que você fez o seguinte duas ou mais vezes?

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a. Mentiu ou enganou para conseguir o que você queria ou para evitar fazer algo? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. Sentiu dificuldade de prestar atenção na escola, no trabalho ou em casa? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. Sentiu dificuldade de escutar as instruções na escola, no trabalho ou em casa? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. Intimidou ou ameaçou outras pessoas? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. Começou uma briga com outras pessoas? | 3 | 2 | 1 | 0 |

SDScr 3. Quando foi a última vez...

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| a. que você usou bebida alcoólica ou drogas semanalmente? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. que você passou muito tempo obtendo bebida alcoólica ou drogas, usando bebida alcoólica ou drogas ou sentindo os efeitos da bebida ou das drogas (alto, doente)? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. que você continuou a usar bebida alcoólica ou drogas, mesmo sabendo que está causando problemas sociais, provocando brigas, ou criando problemas com outras pessoas? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. que seu uso de bebida alcoólica ou drogas fez você abrir mão, reduzir ou ter problemas com atividades importante no trabalho, na escola, em casa ou em eventos sociais? | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. que você teve sintomas de sentir falta de bebidas alcoólicas ou drogas como tremores das mãos, vômitos, problemas para ficar quieto ou dormir ou usou qualquer tipo de bebida alcoólica ou droga para não se sentir doente ou evitar os sintomas de sentir falta? | 3 | 2 | 1 | 0 |

(Continuação) Após cada uma das seguintes declarações, assinale a última vez que você sofreu do problema, se tiver sofrido alguma vez, circulando em: no mês passado (3), 2 a 12 meses (2), um ou mais anos atrás (1), ou nunca (0)	Mês passado	2 a 12 meses atrás	mais de 1 ano atrás	nunca
	3	2	1	0

CVScr 4. Quando foi a última vez que você...

a. teve uma discórdia onde você empurrou, agarrou ou empurrou alguém?	3	2	1	0
b. pegou alguma coisa da loja sem pagar por elas?	3	2	1	0
c. vendeu, distribuiu ou ajudou a fazer drogas ilegais?	3	2	1	0
d. dirigiu embriagado ou sob o efeito de drogas ilegais?	3	2	1	0
e. destruiu ou danificou de propósito uma propriedade que não lhe pertencia?	3	2	1	0

5. Você teve outros problemas psicológicos, comportamentais ou pessoais significativos para os quais deseja receber tratamento ou ajuda? (caso afirmativo, descreva abaixo) 1- Sim 0 - Não

v1. _____
v2. _____
v3. _____

6. Qual é o seu sexo? (caso seja outro, descreva abaixo)..... 1- masculino 2- feminino 99-outro

v1. _____

7. Qual a sua idade no momento? _____ anos

Para uso somente pelos funcionários	
8. ID do local: _____	Nome do local v. _____
9. ID do funcionário: _____	Nome do funcionário v. _____
10. ID do cliente: _____	Comentário v. _____
11. Modo: 1- Administrado por funcionários 2- Administrado por outros 3- Administrado por ele mesmo	
12. Número de 2 e 3s: IDScr: ____ EDScr: ____ SDScr: ____ CVScr: ____ TDScr: ____	
13. Encaminhado por: MH ____ SA ____ ANG ____ outro ____ 14. Código do encaminhamento: _____	
15. Comentários do encaminhamento:	
v1. _____	
v2. _____	
v3. _____	

Este instrumento é de direito autoral da Chestnut Health Systems 2005. O uso desta medida é permitido para qualquer um com uma licença GAIN válida ou que está solicitando uma nova licença. Para obter mais informações sobre esta medida ou licença, visite o website www.chestnut.org/li/gain, envie um email para gainsupport@chestnut.org ou entre em contato com Joan Unsicker no telefone 309-827-6026, ramal 8-3413, junsicher@chestnut.org.