

The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI)

Tonårsformulär

Självsvarsformulär Pappersversion

*Charles E. Cunningham, Ph.D.
Offord Centre for Child Studies
McMaster Children's Hospital
Hamilton Health Sciences
McMaster University*

Peter Pettingill, MSW, MSc

*Michael Boyle, Ph.D.
Offord Centre for Child Studies
McMaster University*

© BCFPI Inc. 2006

Översatt och bearbetad av Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Malmö 2003.

TELEFONINTERVJU MED TONÅRINGAR (Skuggade fält är obligatoriska)

TONÅRING		
EFTERNAMN	FÖRNAMN	Personnummer
Adress		Stadsdel
Postnummer och postadress		Kön Pojke (1) Flicka (2)
Telefon		
MOTTAGNING		
Klinikens namn	Ange datum för: 1. Ärendet inkommer..... 2. Påbörjad behandling..... 3. Ärendet avslutas.....	
Annan enhet:.....		
Tidpunkt för intervjun (ringa in) Före behandling Under pågående behandling Efter avslutad behandling		Datum då intervjun görs:
Medgivande till uppföljande kontakt: Ja Nej		

Berätta lite om problemet och vilken hjälp du vill ha.

**Nu ska jag läsa upp exempel på (andra typer av) problem som människor kan ha.
Jag vill att du ska säga om det ALDRIG stämmer, stämmer IBLAND eller stämmer OFTA på dig.**

Tycker du att du...?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Lätt blir störd och har svårt att koncentrera dig på det du håller på med?				
Misslyckas med att göra färdigt sådan som du har påbörjat?				
Har svårt att följa uppmaningar och instruktioner?				
Är impulsiv och handlar utan att tänka först?				
Hoppar från den ena aktiviteten till den andra?				
Har svårt att vara stilla?				
Tycker du att du...?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Lätt blir irriterad?				
Är trotsig eller säger emot vuxna?				
Skyller ifrån dig på andra?				
Lätt retar upp dig på andra?				
Grälar mycket med vuxna?				
Är arg och lättstött?				
Händer det att du...?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Stjäl saker hemma?				
Förstör andras saker?				
Förstör saker i skolan eller på andra ställen?				
Har du brutit dig in i någon annans hem, lokal eller bil?				
Ger dig på andra fysiskt?				
Slåss med vapen eller andra föremål?				

Tycker du att du...?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Oroar dig över att något hemskt ska hända personer som står dig nära?				
Oroar dig över att vara skild från dem som står dig nära?				
Inte vågar sova om inte dina föräldrar finns i närheten?				
Bli överdrivet upprörd när du lämnar dem som står dig nära?				

Tycker du att du...?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Är överdrivet upprörd då du är skild från dem som står dig nära?				
Känner dig sjuk då du ska skiljas från dem som står dig nära?				
Tycker du att du...?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Oroar dig över att inte klara dig tillräckligt bra?				
Bekymrar dig över hur du har betett dig tidigare?				
Oroar dig för att göra bort dig?				
Oroar dig över vad som ska hända i framtiden?				
Är överdrivet rädd för att göra fel?				
Är överdrivet mån om att vara andra till lags?				
Tycker du att du...?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Inte längre är intresserad av dina vanliga aktiviteter?				
Inte känner någon glädje i vardagen?				
Har svårt att glädjas åt saker?				
Inte är lika glad som andra barn/ungdomar?				
Känner att det känns hopplöst?				
Känner dig olycklig, ledsen eller deprimerad?				
Har du...?	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Gått ner i vikt utan att medvetet ha försökt?				
Funderat på att ta livet av dig?				
Avsiktligt försökt skada dig själv eller ta livet av dig?				

**Nu skulle jag vilja ställa några frågor om hur de här problemen har påverkat dig.
Svara med "INTE ALLS", "LITE" eller "MYCKET".**

I vilken utsträckning har de här problemen gjort att du...?	Inte alls (1)	Lite (2)	Mycket (3)	Kommentarer
Dragit dig undan eller blivit isolerad?				
Umgåtts mindre med andra jämnåriga?				
Fått det svårare att glädjas åt livet?				
Varit irriterad på eller bråkat med dina vänner?				
Haft svårt att komma överens med dina lärare?				
Haft svårt att komma överens med dina föräldrar?				
Varit hemma från skolan?				
Dina skolresultat försämrats?				

**Nu skulle jag vilja ställa några frågor för att vi bättre ska kunna förstå din situation...
De följande 4 frågorna handlar om svåra saker som en del unga människor kan ha upplevt.**

	Aldrig (1)	Ibland (2)	Ofta (3)	Kommentarer
Har du blivit fysiskt misshandlad?				
Har du blivit sexuellt utnyttjad?				
Har du upplevt att du blivit psykiskt eller känslomässigt försummad?				
Har du bevittnat verbalt eller fysiskt våld mellan de vuxna som du har vuxit upp med (t ex föräldrar)?				

De följande 3 frågorna handlar om droger som en del använder och som kan vara skadliga.

	Ja (1)	Nej (2)	Kommentarer
Har du rökt cigaretter varje dag i en månad eller längre?			
Har du någon gång druckit tre eller flera glas öl, vin eller andra alkoholhaltiga drycker, t ex rom eller whisky vid ett och samma tillfälle? (Ett glas är detsamma som 33 cl öl, 14 cl vin eller 4 cl starksprit.)			
Har du någon gång under det senaste halvåret använt illegala droger eller läkemedel utan att du fått recept på det? Exempel: hasch, marijuana, amfetamin, heroin, kokain, ecstasy, GHB, lugnande tabletter, sömnmedicin eller kodeinhaltiga värktabletter.	antal gångar		

Jag ställer de här frågorna för att få en allmän bakgrund.

Vem bor du med?		
1. Två (biologiska) föräldrar	8. Annan släkt	
2. Ensamstående förälder	9. HVB-hem	
3. Biologisk förälder och styvfamilj	10. SIS-institution	
4. Adoptivföräldrar	11. Behandlingshem	
5. Familjehemsföräldrar	12. Bor på gatan	
6. Vänner	13. Annat _____	
7. Eget boende		
Vilket språk talade du mest under din uppväxt?		
1. Svenska	9. Franska	17. Serbokroatiska
2. Albanska	10. Kantonesiska	18. Somaliska
3. Arabiska	11. Kurdiska	19. Slovenska
4. Bosniska	12. Pashto	20. Spanska
5. Danska	13. Polska	21. Turkiska
6. Engelska	14. Portugisiska	22. Annat
7. Farsi	15. Romani	(Ange vilket språk)
8. Finska	16. Ryska	

Går du i skolan?	På vilken nivå studerar du?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Heltid 2. Delvis 3. Tillfälligt avbruten på egen begäran 4. Tillfälligt avstängd 5. Permanent avstängd 6. Har slutat eller tänker sluta skolan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grundskolan 2. Gymnasiet Vilket program?..... 3. IV-program Vilken inriktning?..... 4. Annat
(Om tillämbart...) Arbetar du...?	(Om tillämbart...) Vad är din huvudsakliga inkomst?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Heltid 2. Deltid 3. Praktik 4. Annat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Familj 2. Arbete 3. Socialbidrag 4. Annat

Har vi missat något viktigt?

Tack.