

علامات الانتحار-برنامج الوقاية SOS

معلومات الطالب

الاسم (الأول والعائلة): _____ الصف: _____

المعلم/المعلمة: _____

شاشة موجزة للاكتئاب المراهقين (BSAD)

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بأمانة, قدر الإمكان عن طريق تدوير الإجابة بـ "نعم" أو "لا".

في الأسابيع الأربعة الماضية...

1. هل شعرت أنه لا يوجد شيء ممتع بالنسبة لك وأنت/انتي لست مهتما بأي شيء؟ نعم لا
2. هل كان لديك أقل طاقة مما كانت من قبل؟ نعم لا
3. هل شعرت أنك لا تستطيع أن تفعل أي شيء بشكل جيد أو أنك لم تكن حسن المظهر؟ نعم لا أو ذكي/ة مثل معظم الناس الآخرين؟
4. هل فكرت بجدية في قتل نفسك؟ نعم لا
5. هل سبق لك/لكي, في حياتك كلها, حاولت أن تقتل نفسك أو قامت بمحاولة انتحار؟ نعم لا
6. هل فعل حتى الأشياء الصغيرة يجعلك تشعر بالتعب حقاً؟ نعم لا
7. هل بدأ أنك تحس أنك لا تستطيع التفكير بوضوح أو بالسرعة المعتادة؟ نعم لا

تحديد البالغين الموثوق بهم

ضع قائمة بشخص بالغ موثوق به يمكنك اللجوء إليه إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لنفسك أو لصديق (على سبيل المثال: "مدرس اللغة الإنجليزية", "المستشار", "والدتي", "العم", إلخ).

بناء على الفيديو و / أو الفحص ، أشعر

- ☐ أحتاج إلى التحدث إلى شخص ما اليوم (الطارئ/ضروري)...
- ☐ أود التحدث إلى شخص ما خلال الأسبوع (غير طارئ)...
- ☐ أنا لست بحاجة إلى التحدث إلى شخص ما....

... عن نفسي أو عن صديق