

HEALTH OF THE NATION SCALE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS (I-HONOSCA-SR)

Autovalutazione

Il presente questionario riguarda il modo in cui hai gestito recentemente la tua vita quotidiana e le difficoltà che hai incontrato. Per ciascun aspetto specifico, puoi indicare se hai riscontrato: nessun problema (per niente); problemi trascurabili; problemi da lievi a moderati; problemi abbastanza gravi; o problemi gravi. Scegli, per ogni risposta, l'opzione che meglio si applica alla tua situazione **negli ultimi 7 giorni** prima dell'ammissione in clinica/ospedale, oppure nei 7 giorni prima della dimissione (nel caso di una degenza inferiore a 7 giorni, considera il periodo a partire dall'ammissione, o almeno le ultime 24 ore). Per le domande che elencano più problemi, rispondi riferendoti a ciò che ti ha causato **il disturbo maggiore**. Prenditi il tempo necessario per compilare il questionario, rispondendo possibilmente a tutte le 13 domande.

	Per niente	Tra-scura-bile	Di lie-ve-me-dia gra-vità	Abba-stanza grave	Grave
1. Hai avuto problemi a causa dei tuoi comportamenti dirompenti o della tua aggressività (fisica o verbale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hai sofferto per irrequietezza o per mancanza di concentrazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hai compiuto atti intenzionali di autolesionismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hai avuto problemi a causa del consumo di alcol, droghe o solventi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hai avuto difficoltà a mantenere il tuo livello di prestazione a scuola o nella tua formazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hai avuto qualche malattia o disabilità fisica che ha limitato le tue attività?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sei stato turbato/a da delle voci, che altre persone non sentono, o da delle cose che hai visto, che altre persone non vedono, o per aver avuto pensieri strani o insoliti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hai sofferto di mal di testa o mal di pancia senza una causa fisica evidente, oppure hai avuto episodi di vomito autoindotto, o hai fatto i bisogni a letto (hai sofferto di incontinenza urinaria o fecale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.	Ti sei sentito un po' giù o ansioso, o hai sofferto a causa di paure, ossessioni o compulsioni?	<input type="checkbox"/>				
10.	Hai sofferto a causa della mancanza di amicizie soddisfacenti o del bullismo?	<input type="checkbox"/>				
11.	È stato difficile prenderti cura della tua persona (mangiare, lavarti, vestirti), o svolgere attività complesse (gestire la tua pagna, spostarti per andare a scuola o vedere i tuoi amici/amiche)?	<input type="checkbox"/>				
12.	Hai avuto problemi a causa delle relazioni all'interno della tua famiglia (genitori, fratelli o sorelle) o con le persone (educatori o compagni) nel luogo in cui vivi?	<input type="checkbox"/>				
13.	Hai smesso di andare a scuola, o di frequentare la tua formazione attuale?	<input type="checkbox"/>				