

A-TAC: FV

Barn- och ungdomsversion

Detta formulär belyser på ett detaljerat sätt en rad färdigheter och beteenden hos barn. Barn är olika. Det innebär att deras förmågor inom skilda områden liksom hur de handlar och beter sig varierar mycket.

För att få en så fullständig bild som möjligt av Ditt barn ber vi Dig besvara ett stort antal frågor.

Barn fungerar förstås olika i olika åldrar. Ange hur Du uppfattar att Ditt barn fungerar då det jämförs med jämnåriga barn. Om barnet haft ett visst problem eller särdrag under *någon period* i livet besvaras frågan med "ja" även om problemet eller särdraget inte längre är aktuellt.

Barnet/ungdomens namn: _____

Födelsenummer: _____

Ålder: _____ **Kön:** _____

Datum: _____

Informant (den/de som besvarar frågorna): _____

**Informantens relation till
barnet/ungdomen (mamma, pappa etc.):** _____

Henrik Anckarsäter	Björn Kadesjö
Carina Gillberg	Maria Råstam
Christopher Gillberg	Ola Ståhlberg

**Framtaget vid Avdelningen för Barn- och ungdomspsykiatri,
Göteborgs Universitet**

A. Motorik		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
1	Har han/hon svårt att samordna kroppsrörelser smidigt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på denna fråga:			
A1	Är han/hon klumpig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Är han/hon fumlig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Har han/hon svårt att hålla balansen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Snubblar och ramlar han/hon lätt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Har egenheterna eller problemen med motoriken lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med motoriken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med motoriken?	Ålder:			
A8	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

B. Sinnesintryck		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
2	Blir han/hon osäker vid höjdskillnader så att han/hon gärna tar stöd i ledstången när han/hon går i trappor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har han/hon svårt att bedöma avstånd och storleksförhållanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Är han/hon överkänslig för beröring eller åtsittande kläder?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Är han/hon särskilt känslig för vissa ljud?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Är han/hon särskilt känslig för vissa smaker, lukter eller konsistenser?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:			
B1	Har han/hon svårt att veta hur saker skall vändas så att han/hon tex. vänder kläderna fel?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Stöter han/hon ofta emot andra människor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Har han/hon osäker tidsuppfattning?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Har han/hon svårt att imitera andras rörelser?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5	Har han/hon svårt att känna igen människor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6	Har egenheterna eller problemen med sinnesintryck lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med sinnesintryck?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med sinnesintryck?	Ålder:			
B9	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

C. Uppmärksamhet och koncentrationsförmåga	För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
7	Är han/hon ofta ouppmärksam på detaljer eller gör han/hon slarvfel i skolarbetet eller andra aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Har han/hon svårt att hålla kvar uppmärksamheten på uppgifter eller aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Verkar han/hon ofta inte lyssna till vad man säger till honom/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Har han/hon svårt att följa instruktioner och att fullfölja uppgifter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har han/hon svårt att organisera uppgifter och aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Undviker han/hon uppgifter som kräver mental ansträngning och uthållighet (t ex skolarbete, hemläxor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Tappar han/hon lätt bort saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Blir han/hon lätt distraherad eller störd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Är han/hon ofta glömsk i det dagliga livet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:				
C1	Har han/hon svårt att komma igång med uppgifter eller aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Har han/hon svårt att avsluta uppgifter eller aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Har egenheterna eller problemen med uppmärksamhet och koncentrationsförmåga lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med uppmärksamhet och koncentrationsförmåga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med uppmärksamhet och koncentrationsförmåga?	Ålder:		
C6	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

D. Impulsivitet och aktivitet	För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
16	Har han/hon svårt att hålla händer eller fötter stilla eller kan han/hon inte sitta still?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Går han/hon upp från bänken i klassrummet eller reser sig upp i andra situationer där man förväntas sitta kvar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Springer han/hon ofta omkring eller klättrar mer än jämnåriga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Har han/hon svårt att leka lugnt och stilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Beter han/hon sig som om han/hon hade "eld i baken" och inte kan vara stilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Pratar han/hon för jämnan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Kastar han/hon ur sig svaret på frågor innan frågan avslutats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Har han/hon ofta svårt att vänta på sin tur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Avbryter han/hon ofta andra eller tränger sig på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Har han/hon lätt att känna sig uttråkad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:				
D1	Är han/hon ovanligt orädd för fysiskt farliga situationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2	Har egenheterna eller problemen med impulsivitet eller aktivitet lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med impulsivitet eller aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med impulsivitet eller aktivitet?	Ålder:		

D5	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
----	----------------	-----------------------------	------------------------------

E. Inlärnin		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.		
		Ja	Ja, i viss mån	Nej
26	Har han/hon haft svårare att lära sig läsa än andra barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Är han/hon långsam/omständig med att lära sig nya saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Har han/hon matematiksvårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:				
E1	Läser han/hon långsamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	Tycker han/hon inte om att läsa (t ex undviker han/hon att läsa böcker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	Har han/hon svårt att klara räkneuppgifter där han/hon måste läsa en text?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4	Har han/hon svårt att förstå eller använda abstrakta begrepp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5	Har han/hon stavningssvårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6	Får han/hon någon form av stödundervisning i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7	Har egenheterna eller problemen med inlärnin lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med inlärnin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med inlärnin?	Ålder:		
E10	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	

F. Planering och organisationsförmåga		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.		
		Ja	Ja, i viss mån	Nej
29	Har han/hon svårt att ändra planer eller sätt att göra saker på när det behövs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Har han/hon svårt att hålla ordning omkring sig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:				
F1	Har han/hon svårt att se konsekvenserna av sina handlingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2	Är han/hon osjälvständig och behöver mycket stöd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3	Har han/hon svårt med personlig hygien, kläder och liknande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4	Har han/hon svårt att skjuta upp belöningar och att se mening i sådant som inte genast betalar sig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5	Upplever han/hon vardagliga och enkla handlingar som tröttsamma och energikrävande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6	Har egenheterna eller problemen med planering och organisationsförmåga lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med planering och organisationsförmåga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med planering och organisationsförmåga?	Ålder:		
F9	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	

G. Minne		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
31	Har han/hon svårt att minnas var han/hon lagt saker?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Har han/hon svårt att komma ihåg långa instruktioner?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Har han/hon svårt att lära sig ramsor, sånger eller multiplikationstabellen utantill?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:					
G1	Har han/hon svårt att minnas personliga fakta som sin födelsedag eller var han/hon bor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2	Har han/hon svårt att minnas namn på personer i sin omgivning?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3	Har han/hon svårt att minnas namn på dagar, månader och årstider?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4	Har han/hon svårt att minnas ickepersonliga fakta som ex. historiska fakta, kemiska formler, som han/hon lärt i skolan?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5	Har han/hon svårt att minnas specifika händelser som han/hon nyligen varit med om som ex. vad som hänt under dagen, vad han/hon ätit i skolan?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6	Har han/hon svårt att minnas händelser som han/hon varit med om längre tillbaka t.ex. vad som hände under en resa, vad han/hon fick i julklapp?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7	Har han/hon svårt att minnas överenskommelser som ex. när han/hon skall träffa kamrater eller vad han/hon har i läxa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G8	Har han/hon svårt att lära sig nya lekar, spel eller liknande?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9	Har egenheterna eller problemen med minnet lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G10	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med minnet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G11	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen medminnet?	Ålder:			
G12	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

H. Språk		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
34	Var han/hon sen med att lära sig prata eller talar han/hon inte alls?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Har han/hon svårt att föra ett samtal med andra?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Tycker han/hon om att upprepa ord och uttryck eller använder ord på ett sätt som andra tycker är konstigt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Har han/hon svårt för att leka låtsaslekar eller leker han/hon härmlekar betydligt mindre än andra barn?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Talar han/hon för gällt eller för tyst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Har han/hon svårt att hålla den röda tråden då han/hon vill berätta något?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:					
H1	Har han/hon svårt att formulera sig i hela meningar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Talar han/hon med entonig/"annorlunda" röst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Har han/hon svårt att förklara/berätta vad han/hon varit med om?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Har han/hon svårt att förklara vad han/hon vill?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Har han/hon svårt att tala flytande, utan att staka sig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Har han/hon svårt att uttala krångliga ord?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Beskriver han/hon känslor så att andra har svårt att förstå?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Använder han/hon märkliga ordbildningar, gammaldags ord eller för fina ord?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H9	Talar han/hon så fort att det är svårt att uppfatta vad han/hon säger?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H10	Har egenheterna eller problemen med det talade språket lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H11	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med det talade språket?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H12	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med det talade språket?	Ålder:		
H13	Finns de kvar?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

I. Socialt samspel		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.			Ja	Ja, i viss mån	Nej
40	Har han/hon svårt att uttrycka sig med ansiktsuttryck, gester, tonfall eller kroppshållning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
41	Har han/hon påtagliga svårigheter med kamratkontakter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
42	Är han/hon ointresserad av att dela glädje, intressen och aktiviteter med andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
43	Kan han/hon bara vara med andra på sina egna villkor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
44	Har han/hon svårt att uppföra sig på det sätt som kamraterna förväntar sig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
45	Är han/hon lättpåverkad av andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:							
I1	Är han/hon självupptagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I2	Uppfattas han/hon som annorlunda, udda eller speciell av sina jämnåriga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I3	Har han/hon svårt att uppfatta vad andra människor signalerar med ansiktsuttryck, gester, tonfall eller kroppshållning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I4	Har han/hon svårt att förstå/uppfatta hur andra människor känner sig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I5	Har han/hon svårt att ta hänsyn till andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I6	Går han/hon upp i varv när det är mycket människor omkring honom/henne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I7	Brukar han/hon gå mitt i ett samtal eller byta samtalsämne helt abrupt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I8	Har han/hon svårt att veta hur man skall bete sig i olika sociala situationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I9	Gör han/hon oavsiktligt bort sig eller säger pinsamma saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I10	Verkar han/hon ofta sakna sunt förnuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I11	Har han/hon svårt att se andra i ögonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I12	Känner han/hon att kompisar och andra människor är oviktiga eller att han/hon trivs bäst på egen hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I13	Har han/hon tafatt, klumpigt, märkligt eller ovanligt kroppsspråk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I14	Har han/hon svårt att tyda vad andra människor uttrycker med blicken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I15	Är hans/hennes blick stel, eller avvikande på något sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I16	Har egenheterna eller problemen med socialt samspel lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I17	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med socialt samspel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I18	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med socialt samspel?	Ålder:					
I19	Finns de kvar?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			

J. Flexibilitet		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
46	Fastnar han/hon i intressen så att det blir tjatigt eller för intensivt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Fastnar han/hon i rutiner i en sådan omfattning att det blir problem för honom/henne själv eller andra människor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Har han/hon haft någon period när han/hon gjort konstiga handrörelser eller gått på tå när han/hon blivit glad eller upprörd?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Hakar han/hon upp sig på detaljer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Tycker han/hon illa om förändringar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:					
J1	Har egenheterna eller problemen med flexibilitet lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med flexibilitet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J3	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med flexibilitet?	Ålder:			
J4	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

K. Tics		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
51	Har han/hon haft någon period med ofrivilliga ljud, harklingar, fnysningar, smackningar, läten eller skrik?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Har han/hon haft någon period med ofrivilliga ansikts- eller kroppsrörelser?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Låter han/hon mycket, t.ex. visslar, nynnar, mumlar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:					
K1	Använder han/hon 'fula' ord eller svordomar mycket mer än andra?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K2	Har egenheterna eller problemen med tics lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K3	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med tics?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K4	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med tics?	Ålder:			
K5	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

L. Tvång		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
54	Har han/hon tvångstankar, d v s tankar som ständigt återkommer och som han/hon inte kan släppa, t ex om smuts, smitta eller att något farligt skall hända?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Har han/hon tvångshandlingar, t ex att tvätta sig, ta på eller nudda vid saker, kontrollera, upprepa, ordna, rada upp eller räkna?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:					
L1	Har egenheterna eller problemen med tvång lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med tvång?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med tvång?	Ålder:			
L4	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

M. Matproblem		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
56	Har han/hon under någon period stått stilla i vikt under mer än ett år eller vägt för litet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57	Har han/hon verkat rädd för att gå upp i vikt och bli tjock?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på denna fråga:				
M1	Har han/hon bantat så mycket att han/hon vägt för lite eller stått stilla i vikt under en längre tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M2	Har han/hon tränat överdrivet mycket eller varit överdrivet intresserad av hur hans/hennes kropp ser ut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M3	Om den det gäller är en flicka: Har hon haft uteblivna menstruationer under minst tre månader i följd pga. viktninskning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M4	Har han/hon haft perioder då han/hon proppat i sig mat för att sedan kräkas upp den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M5	Har han/hon försökt gå ned i vikt trots att han/hon redan har varit smal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M6	Har han/hon eller har han/hon haft anorexia nervosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M7	Har egenheterna eller problemen med mat lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M8	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M9	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med mat?	Ålder:		
M10	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

N. Separationer		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.		
		Ja	Ja, i viss mån	Nej
58	Har han/hon svårt att fungera utanför hemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Talar han/hon ofta om rädsla för att någon i familjen skall dö eller skadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Har han/hon orimlig rädsla för att vara ensam eller vara ensam hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Har han/hon svårt att sova om någon ur familjen inte finns i närheten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	Klagar han/hon över återkommande huvudvärk, magont, illamående, kräkningar när han/hon lämnat dem som han/hon är fäst vid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:				
N1	Är det svårt för honom/henne att gå till skolan p g a rädsla att skiljas från familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2	Har han/hon återkommande mardrömmar som handlar om att komma ifrån familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3	Reagerar han/hon ovanligt starkt när vänskapsförhållanden eller andra nära relationer tar slut eller är nära att ta slut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4	Har egenheterna eller problemen med separationer lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med separationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med separationer?	Ålder:		
N7	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

O+P. Trots/ Uppförande	För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
63	Har han/hon blivit så arg att han/hon inte gått att nå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Bråkar han/hon ofta med vuxna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Retar han/hon ofta andra genom att medvetet göra saker som upplevs provocerande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Blir han/hon lätt förnärad eller störd av andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Är han/hon lättretad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Ljuger eller luras han/hon ofta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	Har han/hon snattat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Har han/hon varit avsiktligt fysiskt grym mot någon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Startar han/hon ofta slagsmål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Tar eller förstör han/hon saker i eller utanför hemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:				
O1	Förlorar han/hon ofta humöret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O2	Vägrar han/hon ofta följa vuxnas uppmaningar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O3	Är han/hon ofta hämndlysten och elak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O4	Behandlar han/hon ofta närstående illa eller respektlöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O5	Skyller han/hon ofta på andra vid egna misstag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P1	Hotar, trakasserar eller förödmjukar han/hon ofta andra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2	Är han/hon dum mot insekter/småkryp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3	Är han/hon dum mot andra djur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4	Har han/hon startat eldsvåda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5	Har han/hon ofredat andra barn sexuellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6	Har han/hon blivit tagen av polisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7	Har han/hon använt vapen som kan orsaka allvarlig fysisk skada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P8	Har han/hon någonsin rånat eller på annat sätt genom att direkt hota tilltvingat sig andras egendom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P9	Har han/hon på något sätt avsiktligt försökt förstöra andras egendom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P10	Har han/hon gjort inbrott i någon annans bostad, lokal eller bil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P11	Är han/hon ofta ute sent på nätterna (med början före 13 års ålder) trots förbud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P12	Har han/hon rymt från bostaden och stannat borta över natten minst två gånger (eller en gång om det rörde sig om en längre tid)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P13	Skolkar han/hon ofta från skolan (med start före 13 års ålder)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP14	Har egenheterna eller problemen med trots eller uppförande lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP15	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med trots eller uppförande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP16	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med trots eller uppförande?	Ålder:		
OP17	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

Q. Ängest		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
73	Har han/hon panikattacker med plötslig stark rädsla eller ångest?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Är han/hon rädd för att gå hemifrån ensam, vara i folksamlingar, stå i kö eller åka buss eller tåg?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Är han/hon ofta påtagligt nervös eller ångestfylld?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:					
Q1	Är han/hon onormalt/extremt blyg och tystlåten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Är han/hon helt eller nästan helt tyst i vissa situationer där man inte förväntas vara det?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Finns det något som han/hon är rädd för att göra inför andra människor, som att tala, äta eller skriva? (undantag: hålla föredrag)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Har egenheterna eller problemen med ångest lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med ångest?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med ångest?	Ålder:			
Q7	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

R. Humör		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
76	Har han/hon dåligt självförtroende?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Klagar han/hon ofta över magont, huvudvärk, andningssvårigheter eller andra kroppsliga symtom?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Har han/hon haft perioder då han/hon varit ovanligt aktiv, pratsam och fått mycket idéer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	Är han/hon i återkommande perioder påtagligt lättirriterad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	Varierar hans/hennes självförtroende mycket från situation till situation?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på någon av dessa frågor:					
R1	Verkar han/hon ofta olycklig, ledsen eller deprimerad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R2	Klagar han/hon ofta över en känsla av ensamhet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R3	Uttrycker han/hon ofta en känsla av att vara värdelös eller underlägsen andra barn?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R4	Har han/hon haft någon period då inget kunnat göra honom/henne glad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R5	Har han/hon tänkt på eller pratat om att försöka ta livet av sig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R6	Har han/hon försökt ta livet av sig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R7	Har han/hon ofta en känsla av tomhet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R8	Känner han/hon att hans/hennes verkliga kvaliteter och talanger inte uppmärksammas av andra?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R9	Har egenheterna eller problemen med humöret lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R10	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med humöret?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R11	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med humöret?	Ålder:			
R12	Finns de kvar?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			

S. Verklighetsuppfattning		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
81	Har han/hon haft syner eller sett något som ingen annan har kunnat se?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om "Ja" eller "Ja, i viss mån" på denna fråga:					
S1	Har han/hon uppfattat sig som förföljd eller jagad av andra människor trots att det inte förhållit sig så i verkligheten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2	Har han/hon hört röster eller ljud som ingen annan har kunnat höra?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S3	Har egenheterna eller problemen med verklighetsuppfattningen lett till att han/hon har haft svårt att fungera i skolan, bland vänner eller hemma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S4	Lider han/hon själv av egenheterna eller problemen med verklighetsuppfattningen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S5	Vid vilken ålder började egenheterna eller problemen med verklighetsuppfattningen?	Ålder:			
S6	Finns de kvar?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	

T. Övrigt		För alla frågor gäller om problemet/egenheten varit framträdande någon gång under livet jämfört med jämnåriga.	Ja	Ja, i viss mån	Nej
82	Stammar han/hon?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83	Har han/hon varit mobbad i skolan?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	Har han/hon varit kraftigt överviktig?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	Har han/hon sömnproblem?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86	Har han/hon ofta mardrömmar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87	Går han/hon ofta i sömnen eller får nattliga anfall av förtvivlan, då han/hon inte går att "nä" och inte kan tröstas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	Har han/hon någonsin avsiktligt gjort sig illa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89	Har han/hon avsiktligt gjort sig illa upprepade gånger?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	Finns det något som han/hon är väldigt rädd för som att flyga, se blod, få sprutor, höga höjder, trånga rum eller vissa djur eller insekter?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91	Har han/hon under dagtid kissat på sig flera gånger efter 5 års ålder?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92	Har han/hon bajsat på sig flera gånger efter 4 års ålder förutom i samband med magsjuka?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93	Röker han/hon?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94	Snusar han/hon?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95	Har han/hon provat alkohol?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96	Har han/hon efter 5 års ålder haft någon period då han/hon bara velat äta en speciell sorts mat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>