

## CHILDREN'S ADMINISTRATION GAIN-SS

Versi (GVER): GSS-annual 2.0.1

Hak cipta @ 2005 oleh: Chestnut Health Systems

|   |                     |  |   |  |
|---|---------------------|--|---|--|
| NAMA KLIEN (DEPAN, TENGAH, AKHIR)   |                     | 1. TANGGAL   | 2. <input type="checkbox"/> Dewasa<br><input type="checkbox"/> Remaja | 3. <input type="checkbox"/> Klien Menolak untuk Menjawab Pertanyaan<br><input type="checkbox"/> Klien Tidak Dapat Menjawab Pertanyaan  |
| NOMOR TELEPON KLIEN   | TANGGAL LAHIR KLIEN | 4. NOMOR ORANG CAMIS   |   | RAS/ETNIS  |
| ALAMAT KLIEN  |                     | KOTA   | NEGARA BAGIAN   | KODE ZIP:  |
| NAMA PEKERJA SOSIAL   |                     |  | NOMOR TELEPON PEKERJA SOSIAL  |  |
| 5. Klien mereferensikan penilaian<br><input type="checkbox"/> Kesehatan Mental<br><input type="checkbox"/> Ketergantungan Kimia<br><input type="checkbox"/> Gangguan Kepribadian<br><input type="checkbox"/> Klien tidak Mereferensikan   |                     | 6. Klien saat ini menerima layanan<br><input type="checkbox"/> Kesehatan Mental<br><input type="checkbox"/> Ketergantungan Kimia<br><input type="checkbox"/> Terjadi Bersamaan |   | 7. <input type="checkbox"/> Layanan Perlindungan Anak (CPS)<br><input type="checkbox"/> Layanan Sukarela Keluarga<br><input type="checkbox"/> Layanan Rekonsiliasi Keluarga (FRS)<br><input type="checkbox"/> Layanan Kesejahteraan Anak dan Keluarga<br><input type="checkbox"/> Pelacakan Kesehatan & Pendidikan Anak (CHET) |
| <b>Penilaian Global Kebutuhan Individual-Penyaring Singkat (GAIN-SS)</b>  |                     |  |   |  |
| <p><i>Pertanyaan berikut adalah tentang masalah-masalah psikologis, perilaku, atau pribadi yang umum. Masalah-masalah ini dianggap <b>PENTING</b> jika Anda mengalaminya selama <b>dua minggu atau lebih</b>, jika selalu berulang, jika membuat Anda tidak dapat memenuhi tanggung jawab atau ketika membuat Anda merasa tidak lagi dapat meneruskan. Harap jawab pertanyaan dengan "YA" atau "TIDAK".</i></p> |                     |  |   |  |
| <b>Perilaku Penginternalisasian Kesehatan Mental (IDScR 1):</b> Selama 12 bulan terakhir, apakah Anda mengalami masalah serius. . . .   |                     |  |   |  |
| a. yang disertai dengan perasaan terkurung, kesepian, atau putus harapan tentang masa depan?  |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| b. disertai masalah sulit tidur, seperti mimpi buruk, tidur gelisah atau tertidur di siang hari?  |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| c. disertai perasaan yang sangat gelisah, gugup, tegang, takut, panik, atau seperti sesuatu yang buruk akan terjadi?  |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| d. ketika sesuatu mengingatkan Anda tentang masa lalu, Anda menjadi sangat tertekan dan marah?  |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| e. disertai dengan pemikiran untuk mengakhiri hidup Anda atau bunuh diri?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| <b>Jika ada DUA atau lebih "YA", silakan rujuk kepada Kesehatan Mental, kecuali jika positif pada (e) untuk bunuh diri lihat TELEPON KHUSUS KRISIS atau DMHP (Profesional Kesehatan Mental yang Ditunjuk).</b>  |                     |  |   |  |
| <b>Perilaku Pengeksternalisasian Kesehatan Mental (IDScR 2):</b> Selama 12 bulan terakhir, apakah Anda melakukan hal-hal berikut sebanyak dua kali atau lebih?  |                     |  |   |  |
| a. Berbohong atau menipu untuk mendapatkan yang diinginkan atau menghindari dari melakukan sesuatu?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| b. Sulit memberikan perhatian pada sekolah, kerja, atau rumah tangga?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| c. Sulit mendengar petunjuk di sekolah, kantor, atau rumah tangga?  |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| d. Pernah ditekan atau diancam oleh orang lain?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| e. Mulai bertengkar dengan orang lain?  |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| <b>Jika ada DUA atau lebih jawaban "YA", lihat Kesehatan Mental</b>   |                     |  |   |  |
| <b>Penyaring Penyalahgunaan Obat Terlarang atau Alkohol (SDScR 3):</b> Selama 12 bulan terakhir, apakah.....  |                     |  |   |  |
| a. Anda mengonsumsi alkohol atau obat-obatan setiap minggu?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| b. Anda menghabiskan banyak waktu untuk memperoleh alkohol atau obat-obatan, mengonsumsi alkohol atau obat-obatan atau merasakan dampak alkohol atau obat-obatan (melayang, mabuk)?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| c. Anda terus mengonsumsi alkohol atau obat-obatan walaupun hal itu mengakibatkan masalah sosial, menyebabkan perkelahian, atau membuat Anda selalu bermasalah dengan orang lain?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| d. penggunaan alkohol atau obat-obatan menyebabkan Anda gampang menyerah, mengurangi, atau bermasalah saat melakukan kegiatan di kantor, sekolah, rumah atau kegiatan sosial?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| e. Anda memiliki masalah untuk berhenti dari ketergantungan terhadap alkohol atau obat-obatan seperti tangan gemetar, muntah, sulit untuk duduk diam atau tidak, atau menggunakan jenis alkohol atau obat-obatan apa saja agar tidak sakit atau mencegah masalah kecanduan?   |                     | <input type="checkbox"/> Ya  | <input type="checkbox"/> Tidak  |  |
| <b>Jika DUA atau lebih jawaban "YA" di Penyalahgunaan Zat Terlarang atau Gangguan Kepribadian, (Penyalahgunaan Zat Terlarang DAN Penyediaan Perawatan Penyalahgunaan Zat Terlarang</b>  |                     |  |   |  |
| <b>Saya memahami bahwa salinan ini mungkin dapat menjadi bagian dari pemberian referensi atas layanan.</b>  |                     |  |   |  |
| TANDA TANGAN  |                     |  |   | TANGGAL  |