**FORMULAR DE ACCES ÎN GRUPUL DE SUPORT PENTRU TRAUMA**

**Nume organizație/facilitator:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Data completării:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAȚII PERSONALE**

**Nume și prenume:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Vârsta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Email:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Adresa (oraș, județ):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ocupația actuală:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Studii absolvite:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAȚII MEDICALE ȘI PSIHOLOGICE**

**Sunteți în prezent în terapie individuală?**  
☐ Da ☐ Nu

**Dacă da, vă rugăm să furnizați datele de contact ale terapeutului dvs.:**  
Nume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luați în prezent medicație psihiatrică?**  
☐ Da ☐ Nu

**Dacă da, specificați medicația și doza:**

**Aveți un diagnostic psihiatric stabilit?**  
☐ Da ☐ Nu

**Dacă da, specificați:**

**Aveți în istoric personal sau familial:**

* Tulburări de anxietate: ☐ Da ☐ Nu
* Depresie: ☐ Da ☐ Nu
* Tulburare bipolară: ☐ Da ☐ Nu
* Tulburări de personalitate: ☐ Da ☐ Nu
* Dependențe (alcool, droguri, altele): ☐ Da ☐ Nu
* Tentative de suicid: ☐ Da ☐ Nu
* Episoade psihotice: ☐ Da ☐ Nu

**Detalii suplimentare pentru orice răspuns afirmativ:**

**INFORMAȚII DESPRE TRAUMA**

**Tipul traumei pentru care căutați suport** (bifați toate cele aplicabile):

* ☐ Abuz fizic în copilărie
* ☐ Abuz sexual în copilărie
* ☐ Neglijență în copilărie
* ☐ Violență domestică
* ☐ Agresiune sexuală (adult)
* ☐ Accident auto/de muncă
* ☐ Dezastre naturale
* ☐ Experiențe de război/conflict
* ☐ Pierderea unei persoane dragi (moarte traumatică)
* ☐ Bullying sever/mobbing
* ☐ Trauma medicală
* ☐ Altele: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cât timp a trecut de la evenimentul traumatic?**

**Ați mai participat anterior la grupuri de suport?**  
☐ Da ☐ Nu

**Dacă da, descrieți pe scurt experiența:**

**Care sunt principalele simptome care vă afectează în prezent?** (bifați toate cele aplicabile):

* ☐ Flashback-uri/amintiri intruzive
* ☐ Coșmaruri recurente
* ☐ Evitarea locurilor/persoanelor/situațiilor
* ☐ Hipervigliență/stare de alertă constantă
* ☐ Atace de panică
* ☐ Tulburări de somn
* ☐ Iritabilitate/explozii de furie
* ☐ Sentimente de detașare/alienare
* ☐ Dificultăți de concentrare
* ☐ Sentiment de vină/rușine
* ☐ Stări depresive
* ☐ Gânduri de autoatacudire
* ☐ Altele: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOTIVAȚIA ȘI OBIECTIVE**

**De ce doriți să participați la acest grup de suport?**

**Care sunt obiectivele dvs. pentru participarea în grup?**

**Ce vă îngrijorează cel mai mult legat de participarea în grup?**

**Aveți experiență cu tehnologia necesară pentru sesiunile online?**  
☐ Da, sunt confortabil/ă ☐ Parțial ☐ Nu, am nevoie de ajutor

**SISTEMUL DE SUPORT**

**Aveți persoane de încredere în viața dvs. care vă pot oferi suport?**  
☐ Da ☐ Nu

**Dacă da, specificați relația (partener, prieten, membru al familiei):**

**Persoană de contact în caz de urgență:**  
Nume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Relația cu dvs.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DISPONIBILITATE ȘI ANGAJAMENT**

**Puteți să vă angajați să participați la toate sesiunile programului de 8 săptămâni?**  
☐ Da ☐ Nu ☐ Nesigur/ă

**Aveți conflicte de program cunoscute în perioada programului?**  
☐ Nu ☐ Da - specificați: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ați înțeles că participarea în grup necesită confidențialitate și respect mutual?**  
☐ Da

**EVALUAREA RISCULUI**

**În ultimele 30 de zile, ați avut gânduri de a vă face rău?**  
☐ Da ☐ Nu

**Dacă da, aveți un plan specific?**  
☐ Da ☐ Nu

**În ultimele 30 de zile, ați avut gânduri de a face rău altcuiva?**  
☐ Da ☐ Nu

**Consumați alcool sau substanțe în prezent pentru a gestiona simptomele?**  
☐ Da ☐ Nu

**Dacă da, specificați frecvența și cantitatea:**

**INFORMAȚII SUPLIMENTARE**

**Este ceva important despre situația dvs. pe care nu l-ați menționat și credeți că ar trebui să știu?**

**Aveți întrebări sau preocupări despre grup?**

**DECLARAȚIE**

Declar că informațiile furnizate în acest formular sunt complete și corecte. Înțeleg că orice informație falsă poate duce la excluderea din program. Sunt conștient/ă că participarea în grupul de suport nu înlocuiește tratamentul medical sau terapia individuală în cazuri severe.

**Semnătura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Data:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pentru completarea de către facilitator:**

**Evaluat de:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Data evaluării:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**Decizia de acceptare:** ☐ Acceptat ☐ Respins ☐ Acceptat cu condiții

**Observații:**

**Recomandări suplimentare:**