

## ADHD HOS VOKSNE – SELVEVALUERINGSSKALA (ASRS-V1.1) – SYMPTOMTJEKLISTE

Besvar spørgsmålene nedenfor ved at vurdere dig selv ved hjælp af skalaen til højre. Sæt for hvert spørgsmål et kryds i det felt, som bedst beskriver, hvordan du har følt og opført dig de sidste 6 måneder. Giv gerne den udfyldte tjekliste til din læge ved dagens besøg, så I kan gennemgå resultatet.<sup>2</sup>

PATIENTENS NAVN: \_\_\_\_\_ DAGS DATO: \_\_\_\_\_

### DEL A<sup>2</sup>

	ALDRIG	SJÆLDENT	NOGLE GANGE	OFTE	MEGET OFTE
1 Hvor ofte har du svært ved afslutte et projekt og få de sidste detaljer på plads, når den udfordrende del af arbejdet er overstået?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hvor ofte har du svært ved at klare en opgave, der kræver planlægning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hvor ofte har du problemer med at huske aftaler eller andet, du burde huske?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hvor ofte undgår eller udsætter du en opgave, som kræver mange overvejelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Hvor ofte sidder du uroligt med hænder eller fødder, når du skal sidde ned i længere tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Hvor ofte føler du dig overaktiv og nødt til at gøre ting, som var du drevet af en indre motor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DEL B<sup>2</sup>

	ALDRIG	SJÆLDENT	NOGLE GANGE	OFTE	MEGET OFTE
7 Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal arbejde på et kedeligt eller vanskeligt projekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Hvor ofte har du svært ved at fastholde opmærksomheden, når du udfører kedeligt eller ensformigt arbejde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hvor ofte har du svært ved at koncentrere dig om, hvad folk siger til dig, selv når de taler direkte til dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Hvor ofte bliver ting væk for dig, hjemme eller på arbejdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Hvor ofte bliver du distraheret af aktivitet eller støj omkring dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Hvor ofte forlader du din plads ved møder eller i andre situationer, hvor det forventes, at du bliver siddende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Hvor ofte føler du dig rastløs eller har indre uro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Hvor ofte har du svært ved at koble fra og slappe af, når du har tid til dig selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Hvor ofte har du fornemmelsen af, at du taler for meget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Når du taler med andre, hvor ofte kommer du så til at afslutte deres sætninger før de selv gør det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Hvor ofte har du svært ved at vente til at det bliver din tur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Hvor ofte afbryder du andre, når de er optaget af noget andet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>