

تجارب الطفولة السلبية وفاحص للوقائع الحياتية ذات الصلة
(PEARLS) (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) – الأطفال (Child)

يُستكمل من قبل مقدمي الرعاية

تاريخ اليوم: _____
اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
اسمك: _____ صلة القرابة بالطفل: _____

يعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى نتمكن من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادة طفلك، هل شهد طفلك أو كان حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو". إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1

- هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى السجن / الحجز؟
- هل تعتقد أن طفلك قد شعر يوماً بأنه غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟
- هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)
- هل سبق أن أهان أحد الوالدين / مقدم الرعاية طفلك أو حطّ من قدره أو احتقره؟
- هل سبق أن عانى الوالد البيولوجي للطفل أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟
- هل سبق أن افتقر طفلك إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟
- هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟
- هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجه طفلك؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك كان يعاني من علامات أو أُصيب؟ أو هل سبق أن هدد أي شخص بالغ في المنزل طفلك أو تصرف بطريقة أخافت طفلك من تعرضه للإصابة؟
- هل سبق لطفلك أن تعرض للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل قام أي شخص بلمس طفلك أو طلب من طفلك أن يلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟
- هل كان هناك أي تغييرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعاية الطفل؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟



أضف الإجابات بـ "نعم" لهذا القسم الأول:
يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

- هل سبق أن شاهد طفلك أو سمع أو وقع ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعتك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرض للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)
- هل تعرض طفلك للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعله يشعر بالنقص أو استبعاده بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميله الجنسي أو دينه أو صعوبته في التعلم أو الإعاقات)؟
- هل سبق لطفلك أن واجه مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن يكون بلا مأوى، أو ليس لديه مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقل أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرض للطرد أو نزع الملكية، أو اضطر إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟
- هل سبق أن شعرت بالقلق من أن طفلك لم يكن لديه ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعام طفلك سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟
- هل سبق وأن انفصل طفلك عن والديه أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟
- هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟
- هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية قد تُوفي؟



أضف الإجابات بـ "نعم" للقسم الثاني:

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

تجارب الطفولة السلبية وفاحص للوقائع الحياتية ذات الصلة
(Child) (PEARLS) – (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) – الأطفال

يُستكمل من قبل مقدمي الرعاية

تاريخ اليوم: _____
اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
اسمك: _____ صلة القرابة بالطفل: _____

يعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى نتمكن من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادة طفلك، هل شهد طفلك أو كان حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو". إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1	يرجى وضع علامة على "نعم" حيثما انطبق ذلك
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى السجن / السجن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعتقد أن طفلك قد شعر يوماً بأنه غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن أهان أحد الوالدين / مقدم الرعاية طفلك أو حط من قدره أو احتقره؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عانى الوالد البيولوجي للطفل أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن افتقر طفلك إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجه طفلك؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك كان يعاني من علامات أو أضرار أو هل سبق أن هدد أي شخص بالغ في المنزل طفلك أو تصرف بطريقة أخافت طفلك من تعرضه للإصابة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن يتعرض للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل قام أي شخص بلمس طفلك أو طلب من طفلك أن يلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل كان هناك أي تغيرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعاية الطفل؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

كم "نعم" أجبت في الجزء 1؟
يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

هل سبق أن شاهد طفلك أو سمع أو وقع ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرض للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعرض طفلك للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعله يشعر بالنقص أو استبعاده بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميله الجنسي أو دينه أو صعوبته في التعلم أو الإعاقات)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن واجه مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن يكون بلا مأوى، أو ليس لديه مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقل أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرض للطرد أو نزع الملكية، أو اضطر إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن شعرت بالقلق من أن طفلك لم يكن لديه ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعام طفلك سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن انفصل طفلك عن والديه أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية قد تُوفي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

كم "نعم" أجبت في الجزء 2؟

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

تجارب الطفولة السلبية وفاحص للوقائع الحياتية ذات الصلة (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener)
(PEARLS) – تقرير مقدمي رعاية المراهقين (Teen Caregiver Report)

يُستكمل من قبل مقدمي الرعاية

تاريخ اليوم: _____

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسمك: _____ صلة القرابة بالطفل: _____

يعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى تتمكن من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادة طفلك، هل شهد طفلك أو كان حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو." إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكملها هي "نعم".

الجزء 1

هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى السجن / الحجز / السجن؟

هل تعتقد أن طفلك قد شعر يوماً بأنه غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟

هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)

هل سبق أن أهان أحد الوالدين / مقدم الرعاية طفلك أو حط من قدره أو احتقره؟

هل سبق أن عانى الوالد البيولوجي للطفل أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟

هل سبق أن افتقر طفلك إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟

هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟

هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجه طفلك؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك كان يعاني من علامات أو أصيب؟ أو هل سبق أن هدد أي شخص بالغ في المنزل طفلك أو تصرف بطريقة أخافت طفلك من تعرضه للإصابة؟

هل سبق لطفلك أن تعرض للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل قام أي شخص يلمس طفلك أو طلب من طفلك أن يلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟

هل كان هناك أي تغييرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعاية الطفل؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟



أضف الإجابات بـ "نعم" لهذا القسم الأول:

يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

هل سبق أن شاهد طفلك أو سمع أو وقع ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرض للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)

هل تعرض طفلك للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعله يشعر بالنقص أو استبعاده بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميله الجنسي أو دينه أو صعوبته في التعلم أو الإعاقات)؟

هل سبق لطفلك أن واجه مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن يكون بلا مأوى، أو ليس لديه مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقل أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرض للطرد أو نزع الملكية، أو اضطر إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟

هل سبق أن شعرت بالقلق من أن طفلك لم يكن لديه ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعام طفلك سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟

هل سبق وأن انفصل طفلك عن والديه أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟

هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟

هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية قد تُوفي؟

هل سبق أن تعرض طفلك للاعتقال أو الحبس أو السجن؟

هل سبق أن تعرض طفلك لسوء المعاملة أو الإهانة اللفظية أو الجسدية من قبل شريك عاطفي (على سبيل المثال صديق أو صديقة)؟

أضف الإجابات بـ "نعم" لهذا القسم الأول:

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified



تجارب الطفولة السلبية وفاحص للوقائع الحياتية ذات الصلة (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener)
(PEARLS) – تقرير مقدمي رعاية المراهقين (Teen Caregiver Report)

يُستكمل من قبل مقدمي الرعاية

تاريخ اليوم: _____

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسمك: _____ صلة القرابة بالطفل: _____

يعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى نتأكد من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادة طفلك، هل شهد طفلك أو كان حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو". إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1	يرجى وضع علامة على "نعم" حيثما انطبق ذلك
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى السجن / السجن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعتقد أن طفلك قد شعر يوماً بأنه غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن أهان أحد الوالدين / مقدم الرعاية طفلك أو حط من قدره أو احتقره؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عانى الوالد البيولوجي للطفل أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن افتقر طفلك إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجه طفلك؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك كان يعاني من علامات أو أُصيب؟ أو هل سبق أن هدد أي شخص بالغ في المنزل طفلك أو تصرف بطريقة أخافت طفلك من تعرضه للإصابة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن تعرض للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل قام أي شخص بلمس طفلك أو طلب من طفلك أن يلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل كان هناك أي تغيرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعاية الطفل؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>



كم "نعم" أجب في الجزء 1؟

يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

يرجى وضع علامة على "نعم" حيثما انطبق ذلك

الجزء 2

هل سبق أن شاهد طفلك أو سمع أو وقع ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرض للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعرض طفلك للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعله يشعر بالنقص أو استبعاده بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميله الجنسي أو دينه أو صعوبته في التعلم أو الإعاقات)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن واجه مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن يكون بلا مأوى، أو ليس لديه مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقل أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرض للطرد أو نزع الملكية، أو اضطر إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن شعرت بالقلق من أن طفلك لم يكن لديه ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعام طفلك سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن انفصل طفلك عن والديه أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية قد تُوفي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرض طفلك للاعتقال أو الحبس أو السجن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرض طفلك لسوء المعاملة أو الإهانة اللفظية أو الجسدية من قبل شريك عاطفي (على سبيل المثال صديق أو صديقة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>



كم "نعم" أجبت في الجزء 2؟

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

يُستكمل من قبل المريض

تاريخ اليوم: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسمك: _____

تعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحتك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى تتمكن من مساعدتك على أن تكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادتك، هل شهدت أو كنت حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو." إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1

هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى الحجز / السجن؟

هل سبق وأن شعرت يوماً بأنك غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟

هل سبق وعشت مع أحد والديك / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)

هل سبق وأن أهلك أحد الوالدين / مقدم الرعاية أو حظ من قدرك أو احتقرتك؟

هل سبق وأن عانى والدك البيولوجي أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟

هل سبق أن افتقرت إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايتك عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟

هل سبق لك أن شهدت أو سمعت أحد والديك / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لك أن شهدت أو سمعت أحد والديك / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟

هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجهك؟ أو هل سبق أن أصابك أي شخص بالغ في الأسرة بشدة لدرجة أنك عانيت من علامات أو أصبت؟ أو هل سبق أن هددك أي شخص بالغ في المنزل أو تصرف بطريقة أخافتك من التعرض بالإصابة؟

هل سبق لك أن تعرضت للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل لمسك أي شخص أو طلب منك أن تلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعلك تشعر بعدم الارتياح، أو هل أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟

هل كان هناك أي تغييرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعايتك؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟

أضف الإجابات بـ "نعم" لهذا القسم الأول:

يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Teen (Self Report) – Deidentified

هل سبق أن شاهدت أو سمعت أو وقعت ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرضت للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)

هل تعرضت للتمييز (على سبيل المثال، التمييز أو جعلك تشعر بالنقص أو استبعادك بسبب عرقك أو أصلك أو هويتك الجنسية أو ميلك الجنسي أو دينك أو صعوبتك في التعلم أو الإعاقات)؟

هل سبق لك أن واجهت مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن تكون بلا مأوى، أو ليس لديك مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقلت أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرضت للطرد أو نزع الملكية، أو اضطررت إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟

هل شعرت بالقلق من أنك لم يكن لديك ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعامك سينفذ قبل أن تتمكن أنت أو والدك/مقدم الرعاية من شراء المزيد؟

هل سبق وأن انفصلت عن والدك أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟

هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟

هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم رعاية قد تُوفي؟

هل سبق أن تعرضت للاعتقال أو الحبس أو السجن؟

هل سبق أن تعرضت لسوء المعاملة أو الإهانة اللفظية أو الجسدية من قبل شريك عاطفي (على سبيل المثال صديق أو صديقة)؟

أضف الإجابات بـ "نعم" لهذا القسم الأول:

Teen (Self Report) – Deidentified

يُستكمل من قبل المريض

تاريخ اليوم: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسمك: _____

تعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحتك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة حتى نتمكن من مساعدتك على أن تكون بصحة جيدة قدر الإمكان.

في أي وقت منذ ولادتك، هل شهدت أو كنت حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو". إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1	يرجى وضع علامة على "نعم" حيثما انطبق ذلك
هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى السجن / الحجز؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن شعرت يوماً بأنك غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وعشت مع أحد والديك / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن أهانك أحد الوالدين / مقدم الرعاية أو حطّ من قدرك أو احتقرك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن عانى والدك البيولوجي أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن افتقرت إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايتك عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لك أن شهدت أو سمعت أحد والديك / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لك أن شهدت أو سمعت أحد والديك / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجهك؟ أو هل سبق أن أصابك أي شخص بالغ في الأسرة بشدة لدرجة أنك عانيت من علامات أو أصبت؟ أو هل سبق أن هددك أي شخص بالغ في المنزل أو تصرف بطريقة أخافتك من التعرض بالإصابة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لك أن تعرضت للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل لمسك أي شخص أو طلب منك أن تلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعلك تشعر بعدم الارتياح، أو هل أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل كان هناك أي تغييرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعايتك؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>



كم "نعم" أجبت في الجزء 1؟

يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Teen (Self Report) – Identified

هل سبق أن شاهدت أو سمعت أو وقعت ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرضت للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعرضت للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعلك تشعر بالنقص أو استبعادك بسبب عرقك أو أصلك أو هويتك الجنسية أو ميلك الجنسي أو دينك أو صعوبتك في التعلم أو الإعاقات)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لك أن واجهت مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن تكون بلا مأوى، أو ليس لديك مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقلت أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرضت للطرد أو نزع الملكية، أو اضطرت إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل شعرت بالقلق من أنك لم يكن لديك ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعامك سينفذ قبل أن تتمكن أنت أو والدك/مقدم الرعاية من شراء المزيد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن انفصلت عن والديك أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم رعاية قد تُوفي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرضت للاعتقال أو الحبس أو السجن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرضت لسوء المعاملة أو الإهانة اللفظية أو الجسدية من قبل شريك عاطفي (على سبيل المثال صديق أو صديقة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>



كم "نعم" أجبت في الجزء 2؟

Teen (Self Report) – Identified

تجارب الطفولة السلبية وفاحص للوقائع الحياتية ذات الصلة
(PEARLS) (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) – الأطفال (Child)

يُستكمل من قبل مقدمي الرعاية

تاريخ اليوم: _____
اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____
اسمك: _____ صلة القرابة بالطفل: _____

يعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى نتمكن من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادة طفلك، هل شهد طفلك أو كان حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو." إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1

- هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى السجن / الحجز؟
- هل تعتقد أن طفلك قد شعر يوماً بأنه غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟
- هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)
- هل سبق أن أهان أحد الوالدين / مقدم الرعاية طفلك أو حطّ من قدره أو احتقره؟
- هل سبق أن عانى الوالد البيولوجي للطفل أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟
- هل سبق أن افتقر طفلك إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟
- هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟
- هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجه طفلك؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك كان يعاني من علامات أو أُصيب؟ أو هل سبق أن هدد أي شخص بالغ في المنزل طفلك أو تصرف بطريقة أخافت طفلك من تعرضه للإصابة؟
- هل سبق لطفلك أن تعرض للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل قام أي شخص بلمس طفلك أو طلب من طفلك أن يلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟
- هل كان هناك أي تغييرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعاية الطفل؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟



أضف الإجابات بـ "نعم" لهذا القسم الأول:
يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

هل سبق أن شاهد طفلك أو سمع أو وقع ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرض للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعرض طفلك للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعله يشعر بالنقص أو استبعاده بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميله الجنسي أو دينه أو صعوبته في التعلم أو الإعاقات)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن واجه مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن يكون بلا مأوى، أو ليس لديه مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقل أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرض للطرد أو نزع الملكية، أو اضطر إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن شعرت بالقلق من أن طفلك لم يكن لديه ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعام طفلك سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن انفصل طفلك عن والديه أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية قد تُوفي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

أضف الإجابات بـ "نعم" للقسم الثاني:

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

تجارب الطفولة السلبية وفاحص للوقائع الحياتية ذات الصلة (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener)
(PEARLS) – تقرير مقدمي رعاية المراهقين (Teen Caregiver Report)

يُستكمل من قبل مقدمي الرعاية

تاريخ اليوم: _____

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسمك: _____ صلة القرابة بالطفل: _____

يعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحة طفلك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى تتمكن من مساعدته على أن يكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادة طفلك، هل شهد طفلك أو كان حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو." إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1

هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى السجن / الحجز / السجن؟

هل تعتقد أن طفلك قد شعر يوماً بأنه غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟

هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)

هل سبق أن أهان أحد الوالدين / مقدم الرعاية طفلك أو حط من قدره أو احتقره؟

هل سبق أن عانى الوالد البيولوجي للطفل أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟

هل سبق أن افتقر طفلك إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايته عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟

هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لطفلك أن شهد أو سمع أحد والديه / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟

هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجه طفلك؟ أو هل سبق أن ضرب أي شخص بالغ في الأسرة طفلك بشدة لدرجة أن طفلك كان يعاني من علامات أو أصيب؟ أو هل سبق أن هدد أي شخص بالغ في المنزل طفلك أو تصرف بطريقة أخافت طفلك من تعرضه للإصابة؟

هل سبق لطفلك أن تعرض للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل قام أي شخص يلمس طفلك أو طلب من طفلك أن يلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعل طفلك يشعر بعدم الارتياح، أو أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟

هل كان هناك أي تغييرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعاية الطفل؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟



كم "نعم" أجبت في الجزء 1؟

يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

هل سبق أن شاهد طفلك أو سمع أو وقع ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرض للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعرض طفلك للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعله يشعر بالنقص أو استبعاده بسبب عرقه أو أصله أو هويته الجنسية أو ميله الجنسي أو دينه أو صعوبته في التعلم أو الإعاقات)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لطفلك أن واجه مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن يكون بلا مأوى، أو ليس لديه مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقل أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرض للطرد أو نزع الملكية، أو اضطر إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن شعرت بالقلق من أن طفلك لم يكن لديه ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعام طفلك سينفذ قبل أن تتمكن من شراء المزيد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن انفصل طفلك عن والديه أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عاش طفلك مع أحد والديه / مقدم رعاية قد تُوفي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرض طفلك للاعتقال أو الحبس أو السجن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرض طفلك لسوء المعاملة أو الإهانة اللفظية أو الجسدية من قبل شريك عاطفي (على سبيل المثال صديق أو صديقة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>



كم "نعم" أجبت في الجزء 2؟

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

يُستكمل من قبل المريض

تاريخ اليوم: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسمك: _____

تعاني العديد من الأسر من وقائع حياتية عصيبة. مع مرور الوقت، يمكن أن تؤثر هذه التجارب على صحتك وحسن معيشتك. نود أن نسألك أسئلة عن طفلك حتى تتمكن من مساعدتك على أن تكون بصحة جيدة قدر الإمكان. في أي وقت منذ ولادتك، هل شهدت أو كنت حاضراً عندما حدثت الوقائع التالية؟ يرجى إدراج الوقائع السابقة والحالية. يرجى ملاحظة أن بعض الأسئلة تحتوي على أكثر من جزء يفصل بينها بـ "أو." إذا تم الرد على أي جزء من السؤال بـ "نعم"، فإن الإجابة على السؤال بأكمله هي "نعم".

الجزء 1

هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم الرعاية ممن سبق لهم الذهاب إلى الحجز / السجن؟

هل سبق وأن شعرت يوماً بأنك غير مدعوم و / أو غير محبوب و / أو بلا حماية؟

هل سبق وعشت مع أحد والديك / مقدم رعاية يعاني من مشاكل الصحة العقلية؟ (على سبيل المثال الاكتئاب أو الفصام أو اضطراب ثنائي القطب أو PTSD أو اضطرابات القلق)

هل سبق وأن أهلك أحد الوالدين / مقدم الرعاية أو حظ من قدرك أو احتقرتك؟

هل سبق وأن عانى والدك البيولوجي أو أي مقدم رعاية، أو يعاني حالياً من مشكلة في تناول كميات كبيرة من الكحوليات أو مخدرات الشوارع أو الأدوية الموصوفة؟

هل سبق أن افتقرت إلى الرعاية المناسبة من قبل أي مقدم رعاية (على سبيل المثال، عدم الحماية من المواقف غير الآمنة، أو عدم رعايتك عند المرض أو الإصابة حتى عندما كانت الموارد متوفرة)؟

هل سبق لك أن شهدت أو سمعت أحد والديك / مقدم رعاية يصرخ في وجهه شخص بالغ أو يشتمه أو يهينه أو يحتقره؟ أو هل سبق لك أن شهدت أو سمعت أحد والديك / مقدم رعاية يتعرض للصفع أو الركل أو الضرب أو الأذى باستخدام السلاح؟

هل قام أي شخص بالغ في الأسرة غالباً أو في كثير من الأحيان بالضغط أو الجذب أو الصفع أو إلقاء شيء في وجهك؟ أو هل سبق أن أصابك أي شخص بالغ في الأسرة بشدة لدرجة أنك عانيت من علامات أو أصبت؟ أو هل سبق أن هددك أي شخص بالغ في المنزل أو تصرف بطريقة أخافتك من التعرض بالإصابة؟

هل سبق لك أن تعرضت للإيذاء الجنسي؟ على سبيل المثال، هل لمسك أي شخص أو طلب منك أن تلمس هذا الشخص بطريقة غير مرغوبة، أو جعلك تشعر بعدم الارتياح، أو هل أي شخص حاول أو قام بممارسة الجنس عن طريق الفم أو الشرج أو المهبل مع طفلك؟

هل كان هناك أي تغييرات كبيرة في الحالة الاجتماعية لمقدمي رعايتك؟ على سبيل المثال، حصل أحد الوالدين / مقدم الرعاية على الطلاق أو انفصل، أو ظهر شريك عاطفي في حياته أو خرج من حياته؟

كم "نعم" أجبت في الجزء 1؟

يرجى المتابعة إلى الجانب الآخر لاستكمال بقية الاستبيان.

Teen (Self Report) – Deidentified

هل سبق أن شاهدت أو سمعت أو وقعت ضحية للعنف في منطقتك أو مجتمعك أو المدرسة؟ (على سبيل المثال تعرضت للمضايقات أو الاعتداء أو غير ذلك من أعمال العنف أو الحرب أو الإرهاب)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تعرضت للتمييز (على سبيل المثال، التشاجر أو جعلك تشعر بالنقص أو استبعادك بسبب عرقك أو أصلك أو هويتك الجنسية أو ميلك الجنسي أو دينك أو صعوبتك في التعلم أو الإعاقات)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق لك أن واجهت مشاكل في السكن (على سبيل المثال أن تكون بلا مأوى، أو ليس لديك مكان ثابت للعيش فيه، أو انتقلت أكثر من مرتين خلال فترة ستة أشهر، أو تعرضت للطرد أو نزع الملكية، أو اضطررت إلى العيش مع العديد من الأسر أو أفراد الأسرة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل شعرت بالقلق من أنك لم يكن لديك ما يكفي من الطعام لتناوله أو أن طعامك سينفذ قبل أن تتمكن أنت أو والدك/مقدم الرعاية من شراء المزيد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق وأن انفصلت عن والديك أو مقدم الرعاية بسبب الحضانة أو الهجرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم رعاية كان يعاني من مرض جسدي خطير أو إعاقة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن عشت مع أحد والديك / مقدم رعاية قد تُوفي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرضت للاعتقال أو الحبس أو السجن؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل سبق أن تعرضت لسوء المعاملة أو الإهانة اللفظية أو الجسدية من قبل شريك عاطفي (على سبيل المثال صديق أو صديقة)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>



كم "نعم" أجبت في الجزء 2؟

Teen (Self Report) – Identified