

غربالگری رویدادهای ناراحت کننده دوران کودکی و رویدادهای مرتبط زندگی
(Child) (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – کودک

توسط ارائه دهنده مراقبت تکمیل شود

تاریخ امروز: _____

نام فرزند: _____

تاریخ تولد: _____

نام شما: _____

نسبت با فرزند: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی فرزندان تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم در ارتباط با فرزندان سؤالاتی از شما بپرسیم تا بتوانیم به او کمک کنیم سالم بماند. آیا از زمان تولد فرزندان تا کنون، او تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته است؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سؤالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1

- آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده است که به حبس/زندان رفته باشد؟
- آیا فکر می کنید که فرزندان تا بحال احساس کرده که پشتیبانی نمی شود، کسی او را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شود؟
- آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده که دچار مشکلات بهداشت روان باشد؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)
- آیا تا بحال یک والد/ مراقبت کننده به فرزند شما توهین کرده، او را تحقیر، یا کوچک کرده است؟
- آیا والد زیستی یا ژنی فرزندان، یا هر مراقبت کننده ای که او تا بحال داشته است، مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟
- آیا فرزند شما تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته است؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)
- آیا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده او فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او آسیب وارد شود؟
- آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات فرزندان را هل داده، چیزی را از او قاپیده، سیلی زده، یا چیزی به او پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار، فرزندان را تا آن حد محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن او بماند یا او زخمی شود؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار فرزند شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود فرزندان بترسد که ممکن است به او صدمه وارد شود؟
- آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است؟ به عنوان مثال، آیا فردی به فرزند شما دست زده یا از او خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزند که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که فرزند شما احساس ناراحتی کند، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با فرزند شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟
- آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) کودک ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی زندگی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

پاسخهای "بله" در این قسمت دوم را جمع بزنید:

برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

- آیا فرزند شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده است یا این مورد را شنیده یا دیده است؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)
- آیا فرزند شما مورد تبعیض قرار گرفته است؟ (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت ها مورد آزار قرار گرفته یا با او به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کند)
- آیا فرزند شما تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده است؟ (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)
- آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که فرزند شما به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارد یا اینکه قبل از اینکه بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای فرزندتان تمام خواهد شد؟
- آیا فرزندتان تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده است؟
- آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده است که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟
- آیا فرزند شما تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده است که فوت شود؟

پاسخهای "بله" در این قسمت دوم را جمع بنید:

غربالگری رویدادهای ناراحت کننده دوران کودکی و رویدادهای مرتبط زندگی
(Child) (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS)

توسط ارائه دهنده مراقبت تکمیل شود

تاریخ امروز: _____

نام فرزند: _____ تاریخ تولد: _____

نام شما: _____ نسبت با فرزند: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی فرزندان تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم در ارتباط با فرزندان سؤالاتی از شما پرسیم تا بتوانیم به او کمک کنیم سالم بماند. آیا از زمان تولد فرزندان تا کنون، او تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته است؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سؤالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده است که به حبس/زندان رفته باشد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فکر می کنید که فرزندان تا بحال احساس کرده که پشتیبانی نمی شود، کسی او را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده که دچار مشکلات بهداشت روان باشد؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال یک والد/ مراقبت کننده به فرزند شما توهین کرده، او را تحقیر، یا کوچک کرده است؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا والد زیستی یا زنی فرزندان، یا هر مراقبت کننده ای که او تا بحال داشته است، مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته است؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده او فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او آسیب وارد شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات فرزندان را هل داده، چیزی را از او قاپیده، سیلی زده، یا چیزی به او پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار، فرزندان را تا آن حد محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن او بماند یا او زخمی شود؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار فرزند شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود فرزندان بترسد که ممکن است به او صدمه وارد شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است؟ به عنوان مثال، آیا فردی به فرزند شما دست زده یا از او خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزند که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که فرزند شما احساس ناراحتی کند، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با فرزند شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) کودک ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی زندگی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

در بخش 1 چند پاسخ "بله" دادید؟

برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

لطفاً هرگاه مرتبط باشد "بله" را تیک

- | | |
|--|--|
| <p>آیا فرزند شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده است یا این مورد را شنیده یا دیده است؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>آیا فرزند شما مورد تبعیض قرار گرفته است؟ (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت ها مورد آزار قرار گرفته یا با او به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کند)</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>آیا فرزند شما تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده است؟ (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که فرزند شما به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارد یا اینکه قبل از اینکه بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای فرزندتان تمام خواهد شد؟</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>آیا فرزندتان تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده است؟</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده است که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |
| <p>آیا فرزند شما تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده است که فوت شود؟</p> | <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> |

در بخش 2 چند پاسخ "بله" دادید؟

توسط ارائه دهنده مراقبت تکمیل شود

تاریخ امروز: _____

نام فرزند: _____ تاریخ تولد: _____

نام شما: _____ نسبت با فرزند: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی فرزندان تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم در ارتباط با فرزندان سؤالاتی از شما پرسیم تا بتوانیم به او کمک کنیم سالم بماند.

آیا از زمان تولد فرزندان تا کنون، او تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته است؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سؤالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1

آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده است که به حبس/زندانبان رفته باشد؟

آیا فکر می کنید که فرزندان تا بحال احساس کرده که پشتیبانی نمی شود، کسی او را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شود؟

آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده که دچار مشکلات بهداشت روان باشد؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)

آیا تا بحال یک والد/ مراقبت کننده به فرزند شما توهین کرده، او را تحقیر، یا کوچک کرده است؟

آیا والد زیستی یا زنی فرزندان، یا هر مراقبت کننده ای که او تا بحال داشته است، مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟

آیا فرزند شما تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته است؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)

آیا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده او فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او آسیب وارد شود؟

آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات فرزندان را هل داده، چیزی را از او قاپیده، سیلی زده، یا چیزی به او پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار، فرزندان را تا آن حد محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن او بماند یا او زخمی شود؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار فرزند شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود فرزندان بترسد که ممکن است به او صدمه وارد شود؟

آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است؟ به عنوان مثال، آیا فردی به فرزند شما دست زده یا از او خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزند که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که فرزند شما احساس ناراحتی کند، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با فرزند شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟

آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) کودک ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی زندگی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

پاسخهای "بله" در این قسمت اول را جمع بزنید:

برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

آیا فرزند شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده است یا این مورد را شنیده یا دیده است؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)

آیا فرزند شما مورد تبعیض قرار گرفته است؟ (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت ها مورد آزار قرار گرفته یا با او به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کند)

آیا فرزند شما تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده است؟ (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی یا سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)

آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که فرزند شما به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارد یا اینکه قبل از اینکه بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای فرزندتان تمام خواهد شد؟

آیا فرزندتان تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده است؟

آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده است که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟

آیا فرزند شما تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده است که فوت شود؟

آیا فرزند شما تا بحال بازداشت، دستگیر یا زندانی شده است؟

آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء رفتار کلامی یا جسمی قرار گرفته یا از طرف یک شریک عاطفی زندگی تهدید شده است؟ (به عنوان مثال دوست پسر یا دوست دختر)

پاسخهای "بله" در این قسمت دوم را جمع بزنید:

توسط ارائه دهنده مراقبت تکمیل شود

تاریخ امروز: _____

نام فرزند: _____ تاریخ تولد: _____

نام شما: _____ نسبت با فرزند: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی فرزندان تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم در ارتباط با فرزندان سؤالاتی از شما بپرسیم تا بتوانیم به او کمک کنیم سالم بماند.

آیا از زمان تولد فرزندان تا کنون، او تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته است؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سؤالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده است که به حبس/زندان رفته باشد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فکر می کنید که فرزندان تا بحال احساس کرده که پشتیبانی نمی شود، کسی او را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده که دچار مشکلات بهداشت روان باشد؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال یک والد/ مراقبت کننده به فرزند شما توهین کرده، او را تحقیر، یا کوچک کرده است؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا والد زیستی یا زنی فرزندان، یا هر مراقبت کننده ای که او تا بحال داشته است، مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته است؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده او فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که یک والد/مراقبت کننده سبلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او آسیب وارد شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات فرزندان را هل داده، چیزی را از او قاپیده، سبلی زده، یا چیزی به او پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار فرزندان را تا آن حد محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن او بماند یا او زخمی شود؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار فرزند شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود فرزندان بترسد که ممکن است به او صدمه وارد شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است؟ به عنوان مثال، آیا فردی به فرزند شما دست زده یا از او خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزند که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که فرزند شما احساس ناراحتی کند، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با فرزند شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) کودک ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی زندگی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

در بخش 1 چند پاسخ "بله" دادید؟

برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

آیا فرزند شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده است یا این مورد را شنیده یا دیده است؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما مورد تبعیض قرار گرفته است؟ (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت ها مورد آزار قرار گرفته یا با او به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کند)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده است؟ (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که فرزند شما به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارد یا اینکه قبل از اینکه بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای فرزندتان تمام خواهد شد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزندتان تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده است که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده است که فوت شود؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال بازداشت، دستگیر یا زندانی شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء رفتار کلامی یا جسمی قرار گرفته یا از طرف یک شریک عاطفی زندگی تهدید شده است؟ (به عنوان مثال دوست پسر یا دوست دختر)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

در بخش 2 چند پاسخ "بله" دادید؟

توسط بیمار تکمیل شود

تاریخ امروز: _____ تاریخ تولد: _____

نام شما: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی شما تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم از شما سؤالاتی بپرسیم تا بتوانیم به شما کمک کنیم سالم بمانید.

آیا از زمان تولدتان تا کنون، تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته اید؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سؤالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال مربوطه "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل به سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1

آیا تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که به حبس/زندان رفته باشد؟

آیا تا بحال احساس کرده اید که پشتیبانی نمی شوید، کسی شما را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شوید؟

آیا تا بحال با یک والد/ مراقبت کننده زندگی کرده اید که دچار مشکلات بهداشت روان بوده است؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)

آیا یک والد/ مراقبت کننده تا بحال به شما توهین کرده، شما را تحقیر، یا کوچک کرده است؟

آیا والد زیستی یا زنی شما، یا هر مراقبت کننده ای که تا بحال داشته اید مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟

آیا تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته اید؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)

آیا تا بحال دیده یا شنیده اید که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده شما فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا تا بحال دیده یا شنیده اید که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او صدمه وارد شود؟

آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات شما را هل داده، چیزی را از شما قاپیده، سیلی زده، یا چیزی به شما پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار شما را به حدی محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن تان بماند یا زخمی شوید؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود بترسید که ممکن است به شما صدمه وارد شود؟

آیا شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اید؟ به عنوان مثال، آیا فردی به شما دست زده یا از شما خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزنید که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که احساس ناراحتی کنید، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟

آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) شما ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

پاسخهای "بله" در این قسمت اول را جمع بزنید:

برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

آیا شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده اید یا این مورد را شنیده یا دیده اید؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)

آیا شما مورد تبعیض قرار گرفته اید (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت ها مورد آزار قرار گرفته، یا با شما به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کنید)؟

آیا تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده اید (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)؟

آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارید یا اینکه قبل از اینکه شما یا والد/مراقبت کننده تان بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای تان تمام خواهد شد؟

آیا تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده اید؟

آیا تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟

آیا تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که فوت شود؟

آیا تا بحال بازداشت، دستگیر یا زندانی شده اید؟

آیا تا بحال مورد سوء رفتار لفظی یا جسمی قرار گرفته یا از طرف یک شریک عاطفی زندگی تهدید شده اید (به عنوان مثال دوست پسر یا دوست دختر)؟

پاسخهای "بله" در این قسمت دوم را جمع بزنید:

توسط بیمار تکمیل شود

تاریخ امروز: _____ تاریخ تولد: _____

نام شما: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی شما تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم از شما سؤالاتی بپرسیم تا بتوانیم به شما کمک کنیم سالم بمانید. آیا از زمان تولدتان تا کنون، تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته اید؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سؤالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال مربوطه "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل به سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1	لطفاً هرگاه مرتبط باشد "بله" را تیک
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که به حبس/زندان رفته باشد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال احساس کرده اید که پشتیبانی نمی شوید، کسی شما را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شوید؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال با یک والد/ مراقبت کننده زندگی کرده اید که دچار مشکلات بهداشت روان بوده است؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا یک والد/ مراقبت کننده تا بحال به شما توهین کرده، شما را تحقیر، یا کوچک کرده است؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا والد زیستی یا زنی شما، یا هر مراقبت کننده ای که تا بحال داشته اید مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته اید؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال دیده یا شنیده اید که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده شما فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا تا بحال دیده یا شنیده اید که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او صدمه وارد شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات شما را هل داده، چیزی را از شما قاپیده، سیلی زده، یا چیزی به شما پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار شما را به حدی محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن تان بماند یا زخمی شوید؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود بترسید که ممکن است به شما صدمه وارد شود؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اید؟ به عنوان مثال، آیا فردی به شما دست زده یا از شما خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزنید که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که احساس ناراحتی کنید، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) شما ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

در بخش 1 چند پاسخ "بله" دادید؟
 برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

لطفاً هرگاه مرتبط باشد "بله" را تیک

آیا شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده اید یا این مورد را شنیده یا دیده اید؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا شما مورد تبعیض قرار گرفته اید (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت ها مورد آزار قرار گرفته، یا با شما به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کنید)؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده اید (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارید یا اینکه قبل از اینکه شما یا والد/مراقبت کننده تان بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای تان تمام خواهد شد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که فوت شود؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال بازداشت، دستگیر یا زندانی شده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال مورد سوء رفتار لفظی یا جسمی قرار گرفته یا از طرف یک شریک عاطفی زندگی تهدید شده اید (به عنوان مثال دوست پسر یا دوست دختر)؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

در بخش 2 چند پاسخ "بله" دادید؟

Teen (Self Report) – Identified

غربالگری رویدادهای ناراحت کننده دوران کودکی و رویدادهای مرتبط زندگی
(Child) (PEARLS) (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) – کودک

توسط ارائه دهنده مراقبت تکمیل شود

تاریخ امروز:

تاریخ تولد:

نام فرزند:

نسبت با فرزند:

نام شما:

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی فرزندان تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم در ارتباط با فرزندان سوالاتی از شما بپرسیم تا بتوانیم به او کمک کنیم سالم بماند. آیا از زمان تولد فرزندان تا کنون، او تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته است؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سوالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1

آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده است که به حبس/زندان رفته باشد؟

آیا فکر می کنید که فرزندان تا بحال احساس کرده که پشتیبانی نمی شود، کسی او را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شود؟

آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده که دچار مشکلات بهداشت روان باشد؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)

آیا تا بحال یک والد/ مراقبت کننده به فرزند شما توهین کرده، او را تحقیر، یا کوچک کرده است؟

آیا والد زیستی یا ژنی فرزندان، یا هر مراقبت کننده ای که او تا بحال داشته است، مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟

آیا فرزند شما تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته است؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)

آیا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده او فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او آسیب وارد شود؟

آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات فرزندان را هل داده، چیزی را از او قاپبیده، سیلی زده، یا چیزی به او پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار، فرزندان را تا آن حد محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن او بماند یا او زخمی شود؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار فرزند شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود فرزندان بترسد که ممکن است به او صدمه وارد شود؟

آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است؟ به عنوان مثال، آیا فردی به فرزند شما دست زده یا از او خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزند که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که فرزند شما احساس ناراحتی کند، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با فرزند شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟

آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) کودک ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی زندگی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

پاسخهای "بله" در این قسمت دوم را جمع بزنید:
برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

Child (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

■ آیا فرزند شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده است یا این مورد را شنیده یا دیده است؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)

بله خیر

■ آیا فرزند شما مورد تبعیض قرار گرفته است؟ (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت‌ها مورد آزار قرار گرفته یا با او به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کند)

بله خیر

■ آیا فرزند شما تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده است؟ (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)

بله خیر

■ آیا تا بحال این نگرانی را داشته‌اید که فرزند شما به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارد یا اینکه قبل از اینکه بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای فرزندتان تمام خواهد شد؟

بله خیر

■ آیا فرزندتان تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده است؟

بله خیر

■ آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده است که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟

بله خیر

■ آیا فرزند شما تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده است که فوت شود؟

بله خیر

پاسخهای "بله" در این قسمت دوم را جمع بزنید:

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

توسط ارائه دهنده مراقبت تکمیل شود

تاریخ امروز: _____

نام فرزند: _____ تاریخ تولد: _____

نام شما: _____ نسبت با فرزند: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی فرزندان تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم در ارتباط با فرزندان سوالاتی از شما بپرسیم تا بتوانیم به او کمک کنیم سالم بماند.

آیا از زمان تولد فرزندان تا کنون، او تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته است؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سوالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سوال "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل سوال "بله" خواهد بود.

بخش 1

آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده است که به حبس/زندان رفته باشد؟

آیا فکر می کنید که فرزندان تا بحال احساس کرده که پشتیبانی نمی شود، کسی او را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شود؟

آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده زندگی کرده که دچار مشکلات بهداشت روان باشد؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)

آیا تا بحال یک والد/ مراقبت کننده به فرزند شما توهین کرده، او را تحقیر، یا کوچک کرده است؟

آیا والد زیستی یا زنی فرزندان، یا هر مراقبت کننده ای که او تا بحال داشته است، مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟

آیا فرزند شما تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته است؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)

آیا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده او فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا فرزند شما تا بحال دیده یا شنیده است که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او آسیب وارد شود؟

آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات فرزندان را هل داده، چیزی را از او قاپیده، سیلی زده، یا چیزی به او پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار، فرزندان را تا آن حد محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن او بماند یا او زخمی شود؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار فرزند شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود فرزندان بترسد که ممکن است به او صدمه وارد شود؟

آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است؟ به عنوان مثال، آیا فردی به فرزند شما دست زده یا از او خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزند که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که فرزند شما احساس ناراحتی کند، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با فرزند شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی برقرار کند؟

آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) کودک ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی زندگی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

در بخش 1 چند پاسخ "بله" دادید؟

برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

Teen (Parent/Caregiver Report) – Deidentified

آیا فرزند شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده است یا این مورد را شنیده یا دیده است؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما مورد تبعیض قرار گرفته است؟ (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت ها مورد آزار قرار گرفته یا با او به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کند)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده است؟ (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا (اعضاء خانواده)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که فرزند شما به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارد یا اینکه قبل از اینکه بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای فرزندتان تمام خواهد شد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزندتان تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده است که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده است که فوت شود؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال بازداشت، دستگیر یا زندانی شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا فرزند شما تا بحال مورد سوء رفتار کلامی یا جسمی قرار گرفته یا از طرف یک شریک عاطفی زندگی تهدید شده است؟ (به عنوان مثال دوست پسر یا دوست دختر)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

در بخش 2 چند پاسخ "بله" دادید؟

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

توسط بیمار تکمیل شود

تاریخ امروز: _____

تاریخ تولد: _____

نام شما: _____

بسیاری از خانواده ها رویدادهای پر دغدغه ای در زندگی تجربه می کنند. با گذشت زمان این تجربه ها می توانند بر سلامت و تندرستی شما تأثیر داشته باشند. ما می خواهیم از شما سوالاتی بپرسیم تا بتوانیم به شما کمک کنیم سالم بمانید.

آیا از زمان تولدتان تا کنون، تجربیات زیر را دیده یا به هنگام وقوع آنها حضور داشته اید؟ لطفاً تجربیات گذشته و حال را به حساب آورید. لطفاً توجه کنید، بعضی از سوالات بیش از یک قسمت دارند که با "آیا" از یکدیگر مجزا می شوند. اگر به هر قسمت از سؤال مربوطه "بله" پاسخ دادید، در اینصورت پاسخ به کل به سؤال "بله" خواهد بود.

بخش 1

آیا تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که به حبس/زندان رفته باشد؟

آیا تا بحال احساس کرده اید که پشتیبانی نمی شوید، کسی شما را دوست ندارد و/یا اینکه محافظت نمی شوید؟

آیا تا بحال با یک والد/ مراقبت کننده زندگی کرده اید که دچار مشکلات بهداشت روان بوده است؟ (به عنوان مثال، افسردگی، روان گسیختگی یا اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی، PTSD، یا اختلال اضطراب)

آیا یک والد/ مراقبت کننده تا بحال به شما توهین کرده، شما را تحقیر، یا کوچک کرده است؟

آیا والد زیستی یا ژنی شما، یا هر مراقبت کننده ای که تا بحال داشته اید مشکلی با استفاده بیش از حد از الکل، مواد مخدر یا داروهای نسخه ای داشته یا دارد؟

آیا تا بحال برای مراقبت مناسب توسط هر مراقبت کننده ای کمبود داشته اید؟ (به عنوان مثال، عدم محافظت در مقابل وضعیت هایی که خطرناک بودند، یا عدم دریافت مراقبت به هنگام بیماری یا آسیب در صورتی که منابع در دسترس بودند)

آیا تا بحال دیده یا شنیده اید که فرد بزرگسال دیگری بروی والد/ مراقبت کننده شما فریاد بزند، به او توهین کرده یا او را تحقیر کند؟ یا تا بحال دیده یا شنیده اید که یک والد/مراقبت کننده سیلی خورده، به او لگد، مشت یا کتک زده شود، یا به وسیله سلاحی به او صدمه وارد شود؟

آیا هیچ فرد بزرگسالی در خانوار بارها یا اکثر اوقات شما را هل داده، چیزی را از شما قاپیده، سیلی زده، یا چیزی به شما پرت کرده است؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار شما را به حدی محکم کتک زده که باعث شده علائم آن روی بدن تان بماند یا زخمی شوید؟ یا آیا تا بحال هیچ فرد بزرگسالی در خانوار شما را تهدید کرده یا به نوعی رفتار کرده که باعث شود بترسید که ممکن است به شما صدمه وارد شود؟

آیا شما تا بحال مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اید؟ به عنوان مثال، آیا فردی به شما دست زده یا از شما خواسته است به آن فرد به نوعی دست بزنید که ناشایست یا ناخواسته بوده، یا موجب شده که احساس ناراحتی کنید، یا آیا هیچکس تا بحال سعی کرده یا توانسته است با شما از طریق دهانی، مقعد یا واژن رابطه جنسی بر قرار کند؟

آیا تا بحال تغییرات قابل ملاحظه ای در وضعیت روابط مراقبت دهنده(گان) شما ایجاد شده است؟ به عنوان مثال، یک والد/مراقبت کننده طلاق گرفته/جدا شده است، یا یک شریک عاطفی به خانه نقل مکان کرده یا آنرا ترک کرده است؟

در بخش 1 چند پاسخ "بله" دادید؟

برای تکمیل مابقی پرسشنامه لطفاً در قسمت بعد ادامه دهید.

Teen (Self Report) – Deidentified

آیا شما تا بحال قربانی خشونت در محل زندگی، اجتماع یا مدرسه شده اید یا این مورد را شنیده یا دیده اید؟ (به عنوان مثال قلدری هدفمند، حمله یا سایر اقدامات خشونت آمیز، جنگ و تروریسم)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا شما مورد تبعیض قرار گرفته اید (به عنوان مثال به خاطر نژاد، قومیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، مذهب، تفاوت‌های یادگیری، یا معلولیت‌ها مورد آزار قرار گرفته، یا با شما به نوعی رفتار شده باشد که احساس کوچکی یا محرومیت کنید)؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال مشکلاتی در ارتباط با مسکن تجربه کرده اید (به عنوان مثال، بی خانمانی، نداشتن محلی ثابت برای زندگی، نقل مکان بیش از دو بار طی یک دوره شش ماهه، اخراج از منزل یا ضبط ملک رهنی با سلب حق مالکیت یا مجبور شدن به زندگی با چندین خانواده یا اعضاء خانواده)؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال این نگرانی را داشته اید که به اندازه کافی غذا برای خوردن ندارید یا اینکه قبل از اینکه شما یا والد/مراقبت کننده تان بتوانید غذای بیشتری تهیه کنید غذای تان تمام خواهد شد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده اید که فوت شود؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال بازداشت، دستگیر یا زندانی شده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا تا بحال مورد سوء رفتار لفظی یا جسمی قرار گرفته یا از طرف یک شریک عاطفی زندگی تهدید شده اید (به عنوان مثال دوست پسر یا دوست دختر)؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

در بخش 2 چند پاسخ "بله" دادید؟

Teen (Self Report) – Identified