

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)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
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)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
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؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا فرزندتان تا بحال بخاطر مراقبت رضاعی، یا مهاجرت از والد یا مراقبت کننده خود جدا شده است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا فرزند شما تا بحال با یک والد/مراقبت کننده ای زندگی کرده است که دچار یک بیماری جدی جسمی یا معلولیت باشد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا فرزند شما تا بحال با یک والد یا مراقبت کننده ای زندگی کرده است که فوت شود؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا فرزند شما تا بحال بازداشت، دستگیر یا زندانی شده است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
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)	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

در بخش 2 چند پاسخ "بله" دادید؟

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified