

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 حظ 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