

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.

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 اعضای 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