

**Tài Liệu Sàng Lọc ACE Trẻ Em và Các Sự Kiện Liên Quan Trong Đời**  
**(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener) (PEARLS) – Thiếu Niên (Tự Báo Cáo) (Teen (Self Report))**

**Dành cho Bệnh Nhân điều**

Ngày hôm nay: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Tên của bạn: \_\_\_\_\_

**Nhiều gia đình gặp những chuyện căng thẳng trong cuộc sống. Dần dần những trải nghiệm này có thể ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần của bạn. Chúng tôi muốn hỏi bạn một số câu hỏi để có thể giúp bạn sống khỏe mạnh nhất ở mức có thể. Kể từ khi bạn chào đời, có khi nào bạn chứng kiến hoặc có mặt khi các sự kiện sau đây xảy ra hay không?** Vui lòng tính đến cả những sự việc hiện tại và trước đây. Vui lòng lưu ý, một số câu hỏi có hơn một phần được tách riêng bằng từ "HOẶC". Nếu bạn trả lời "Có" cho bất kỳ phần nào của câu hỏi, thì câu trả lời cho toàn bộ câu hỏi đó là "Có".

Phần 1	Vui lòng đánh dấu "Có" cho câu thích hợp
Bạn có bao giờ sống với người cha (mẹ)/người nuôi nấng từng đi tù/bị giam giữ không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có cảm thấy không được quan tâm chú ý, không được yêu thương và/hoặc không được bảo vệ không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ sống với người cha (mẹ)/người nuôi nấng có các vấn đề về sức khỏe tâm thần không? (ví dụ như bị trầm cảm, mất trí, rối loạn lưỡng cực, PTSD, hay chứng bệnh rối loạn lo âu)	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Cha (mẹ)/người nuôi nấng có bao giờ lăng mạ, hạ thấp nhân phẩm, hoặc dè bida bạn không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Cha (mẹ) đẻ của bạn hoặc bất kỳ người nuôi nấng nào đã từng, hoặc hiện đang gặp vấn đề về nghiện rượu, chất kích thích bất hợp pháp hay sử dụng thuốc theo toa không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ thiếu thốn sự chăm sóc thích hợp của người nuôi nấng không (chẳng hạn như không được bảo vệ tránh các tình huống nguy hiểm, hoặc không được trông nom chăm sóc khi đau bệnh hay gặp thương tích, ngay cả khi có nguồn trợ giúp)?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ bắt gặp hoặc nghe thấy cha (mẹ)/người nuôi nấng bị người lớn khác la mắng, chửi thề, lăng mạ hay hạ nhục không? <b>HOẶC</b> Bạn có bao giờ bắt gặp hoặc nghe thấy cha (mẹ)/người nuôi nấng bị tát, đá, đấm, đánh đập hoặc bị làm hại bằng vũ khí không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Trong hộ gia đình có người lớn nào thường xuyên hoặc rất thường xuyên xô đẩy, túm lấy, tát, hoặc ném đồ vật vào bạn không? <b>HOẶC</b> Trong gia đình có người lớn nào từng đánh bạn mạnh tới mức để lại dấu vết trên người bạn hoặc gây thương tích cho bạn không? <b>HOẶC</b> Trong gia đình có người lớn nào từng đe dọa bạn hoặc có cách hành xử khiến bạn lo sợ có thể bị tổn thương không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ bị lạm dụng tình dục không? Ví dụ, có ai đụng chạm vào bạn hoặc đề nghị bạn đụng chạm vào người đó mặc dù bạn không muốn, hoặc khiến bạn cảm thấy khó chịu, hay có ai tìm cách hoặc thực sự đã sinh hoạt tình dục qua đường miệng, hậu môn, hay âm đạo với bạn không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Có bao giờ có những thay đổi đáng kể về mối quan hệ tình cảm của (những) người nuôi nấng bạn không? Ví dụ, cha (mẹ)/người nuôi nấng ly hôn hoặc ly thân, hoặc người yêu chuyển vào hoặc chuyển ra khỏi nhà?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>

**Quý vị trả lời "Có" cho bao nhiêu câu trong Phần 1?**

Vui lòng tiếp tục điền phần còn lại của bản câu hỏi ở trang mặt sau.

Teen (Self Report) – Identified

**Phần 2****Vui lòng đánh dấu “Có” cho câu thích hợp**

Bạn có bao giờ bắt gặp hay nghe thấy hành động bạo lực, hoặc là nạn nhân bạo lực trong khu phố, cộng đồng, hay trường học của bạn không? (ví dụ, là đối tượng bị ức hiếp, hành hung, hoặc các hành động bạo lực khác, chiến tranh hoặc khủng bố)	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ bị phân biệt đối xử không (chẳng hạn như bị gây khó dễ hoặc làm cho bạn cảm thấy bị hạ thấp nhân phẩm hay không hòa nhập vì sắc tộc, chủng tộc, nhận dạng giới tính, xu hướng tính dục, tôn giáo, các khiếm khuyết về chậm tiếp thu trong học tập, hoặc tình trạng khuyết tật)?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ gặp rắc rối về gia cư không (ví dụ như là người vô gia cư, không có nơi cư ngụ cố định, chuyển nơi ở hơn hai lần trong vòng sáu tháng, bị yêu cầu rời khỏi nhà thuê hoặc tịch thu nhà thế nợ, hoặc phải sống cùng với nhiều gia đình hoặc các thành viên gia đình)?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ lo ngại không có đủ đồ ăn hoặc hết đồ ăn trước khi bạn hoặc cha (mẹ)/người nuôi nấng bạn có thể mua thêm không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ bị tách khỏi cha (mẹ) hoặc người nuôi nấng bạn vì lý do di trú hay sắp xếp chăm nuôi tạm thời không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ sống với cha (mẹ)/người nuôi nấng bị tàn tật hay có bệnh tật nghiêm trọng không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ sống cùng với cha (mẹ)/người nuôi nấng đã qua đời không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ bị giam giữ, bắt giữ, hoặc bỏ tù không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
Bạn có bao giờ bị người yêu (ví dụ như bạn trai hoặc bạn gái) đe dọa hay ngược đãi đánh đập hoặc la mắng không?	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>

**Quý vị trả lời “Có” cho bao nhiêu câu trong Phần 2?**

Teen (Self Report) – Identified