

兒童不良事件和相關生活事件篩選(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener)  
(PEARLS) - 青少年 (自我報告) (Teen (Self Report))

由患者填寫

今天的日期: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

你的姓名: \_\_\_\_\_

許多家庭在生活中會經歷令人緊張的事情。隨著時間的推移，這些經歷可能會影響你的健康和幸福。我們想問你一些關於您的孩子的問題，以便我們盡可能地幫助你保持健康。

在你出生後的任何時間里，當以下情況發生時，你是否曾目睹過，或是身在其中？過去和現在的經歷都算數。請注意，一些問題有多個部分，中間用「或」來間隔。如果對一個問題的任何一個部分的回答是「是」，那麼對整個問題的回答就是「是」。

第 1 部分

你是否曾與進過監獄/拘留所的父母或者看護人住在一起？

你是否曾經感到缺乏支持、不受歡迎和/或沒有受到保護嗎？

你是否曾與患有心理健康問題的父母或者看護人住在一起？（例如抑鬱症、精神分裂症、雙相情感障礙、PTSD或焦慮症）

父母/看護人是否曾經辱罵、羞辱或者貶低你？

你的親生父母或任何看護人是否曾經有過，或者目前是否有酗酒、街頭吸毒或處方藥使用方面的問題？

你是否曾缺乏看護人員的適當照料（例如，在不安全的情況下沒有得到保護，或者在生病或受傷時沒有得到照顧，即便當時有資源可用）？

你是否曾見過或聽到父母/看護人被其他成年人喊叫、詛咒、辱罵或羞辱？或你是否曾見過或聽到過父母/看護人被人打耳光、被拳打腳踢、毆打或用武器傷害過？

家裡的成年人是否經常推、抓你或對你扇耳光、向你扔東西？或家裡的成年人是否曾重重地擊打你，導致你身上留下印記或受傷？或家裡的成年人是否曾威脅你，或者做出讓你擔心可能會受到傷害的行為？

你是否經歷過性虐待？例如，有人觸摸過你，或者讓你以不情願的方式觸碰此人，或者有人讓你感到不舒服，或者是否有人試圖或實際上與你進行過口交、肛交或陰道性交？

你的看護人的關係狀況是否發生了重大變化？例如，父母/看護人離婚或分居，或其情侶搬入或搬出？

您在第 1 部分中有多少次回答「是」？：

請繼續到反面回答剩下的問卷。

Teen (Self Report) Deidentified

第 2 部分

請在適用項勾選“是”。

你是否曾在鄰里、社區或學校中看到、聽到過暴力事件或成為暴力事件的受害者？（例如有針對性的欺凌，攻擊或其他暴力行為，戰爭或恐怖主義活動）	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
你是否經歷過歧視（例如，由於種族、民族、性別認同、性取向、宗教、學習差異或殘疾而遭受歧視或讓他感到自卑或被排斥）？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
你是否有居住的問題（例如無家可歸，沒有穩定的居所，六個月內搬家兩次以上，面臨被驅趕或被鎖在門外，或者不得不與多個家庭或家庭成員共同生活）？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
你是否曾擔心沒有足夠的食物可以吃，或者吃的食物會在你父母/看護人下次購買前就吃光了？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
你是否因寄養或移民的原因而與父母或看護人分開過？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
你是否曾與患有嚴重身體疾病或殘疾的父母/看護人一起生活過？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
你是否經歷過與你同住的父母或看護人去世？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
你是否曾被拘留、逮捕或監禁？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
你是否經歷過情侶（例如男朋友或女朋友）在言語或身體上的虐待或威脅？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

您在第 2 部分中有多少次回答「是」？：

Teen (Self Report) Identified