

儿科 ACE 及相关生活事件筛查 (PEARLS) – 儿童（家长/照料者报告）

由照料者填写

今日日期：_____

儿童姓名：_____ 出生日期：_____

您的姓名：_____ 与孩子的关系：_____

许多家庭都经历过压力很大的生活事件。随着时间的推移，这些经历可能会影响您孩子的健康和幸福。我们想向您了解有关您孩子的一些问题，以便我们尽可能帮助他们健康成长。自您的孩子出生以来，您的孩子在任何时候是否看到或经受过以下经历？请包括过去和现在的经历。请注意，有些问题有多个部分，中间用“或”隔开。如果问题的任何部分回答“是”，那么整个问题的答案就是“是”。

- 您的孩子是否曾与入狱/坐牢的父母/照料者生活在一起？
- 您是否认为您的孩子曾经感到得不到支持、关爱和/或保护？
- 您的孩子是否曾与有心理健康问题的父母/照料者生活在一起？（如抑郁症、精神分裂症、躁郁症、创伤后应激障碍或焦虑症）
- 父母/照料者是否曾经侮辱、羞辱或贬低过您的孩子？
- 孩子的亲生父母或任何照料者是否曾经或目前有酗酒、吸毒或服用处方药的问题？
- 您的孩子是否曾经得不到任何照料者的适当照料（例如，在不安全的情况下得不到保护，或者生病或受伤时即使有资源也得不到照料）？
- 您的孩子是否曾看到或听到父母/照料者被其他成年人责骂、咒骂、侮辱或羞辱？
或者您的孩子是否曾看到或听到父母/照料者被掌掴、踢打、殴打或用武器伤害？
- 家中是否有成年人经常或非常经常地对您的孩子推搡、抓挠、掌掴或扔东西？或者家中是否有任何成年人曾经用力打过您的孩子，以至于您的孩子身上有伤痕或受伤？或者家中是否有任何成年人曾经威胁过您的孩子，或者做出过让您的孩子害怕自己可能会受到伤害的行为？
- 您的孩子是否遭受过性虐待？例如，有人以您不想要的方式触摸您的孩子或要求您的孩子触摸那个人，或让您的孩子感到不舒服，或者有人曾试图或实际与您的孩子发生口交、肛交或阴道性交？
- 孩子照料者的关系状况是否曾经发生过重大变化？例如，父母/照料者离婚或分居，或恋爱伴侣搬进或搬出？

将第一部分中“是”的答案相加：

- 您的孩子是否曾在邻里、社区或学校中看到、听到或成为暴力的受害者（例如有针对性的欺凌、攻击或其他暴力行为、战争或恐怖主义）？
- 您的孩子是否遭受过歧视（例如因其种族、民族、性别认同、性取向、宗教信仰、学习差异或残疾而被骚扰或感到自卑或被排斥）？
- 您的孩子是否曾有过住房问题（例如无家可归、没有稳定的住所、在六个月内搬家两次以上、面临收回或丧失抵押品赎回权，或不得不与多个家庭或家庭成员同住）？
- 您是否担心过您的孩子没有足够的食物吃，或者担心在您能买到更多食物之前孩子的食物就已经吃完了？
- 您的孩子是否曾因寄养或移民原因而与父母或照料者分开？
- 您的孩子是否曾与患有严重身体疾病或残疾的父母/照料者生活在一起？
- 您的孩子是否曾与已故的父母或照料者生活在一起？

将第二部分中“是”的答案相加：

由照料者填写

今日日期_____

儿童姓名：_____ 出生日期：_____

您的姓名：_____ 与孩子的关系：_____

许多家庭都经历过压力很大的生活事件。随着时间的推移，这些经历可能会影响您孩子的健康和幸福。我们想向您了解有关您孩子的一些问题，以便我们尽可能帮助他们健康成长。自您的孩子出生以来，您的孩子在任何时候是否看到或经受过以下经历？请包括过去和现在的经历。请注意，有些问题有多个部分，中间用“或”隔开。如果问题的任何部分回答“是”，那么整个问题的答案就是“是”。

■ 您的孩子是否曾与入狱/坐牢的父母/照料者生活在一起？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您是否认为您的孩子曾经感到得不到支持、关爱和/或保护？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否曾与有心理健康问题的父母/照料者生活在一起？（如抑郁症、精神分裂症、躁郁症、创伤后应激障碍或焦虑症）	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 父母/照料者是否曾经侮辱、羞辱或贬低过您的孩子？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 孩子的亲生父母或任何照料者是否曾经或目前有酗酒、吸毒或服用处方药的问题？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否曾经得不到任何照料者的适当照料（例如，在不安全的情况下得不到保护，或者生病或受伤时即使有资源也得不到照料）？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否曾看到或听到父母/照料者被其他成年人责骂、咒骂、侮辱或羞辱？或者您的孩子是否曾看到或听到父母/照料者被掌掴、踢打、殴打 或 用武器伤害？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 家中是否有成年人经常或非常经常地对您的孩子推搡、抓挠、掌掴或扔东西？或者家中是否有任何成年人曾经用力打过您的孩子，以至于您的孩子身上有伤痕或受伤？或者家中是否有任何成年人曾经威胁过您的孩子，或者做出过让您的孩子害怕自己可能会受到伤害的 行为？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否遭受过性虐待？例如，有人以您不想要的方式触摸您的孩子或要求您的孩子触摸那个人，或让您的孩子感到不舒服，或者有人曾试图或实际与您的孩子发生口交、肛交或阴道性交？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 孩子照料者的关系状况是否曾经发生过重大变化？例如，父母/照料者离婚或分居，或恋爱伴侣搬进或搬出？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

将第一部分中“是”的答案相加：

■ 您的孩子是否曾在邻里、社区或学校中看到、听到或成为暴力的受害者（例如有针对性的欺凌、攻击或其他暴力行为、战争或恐怖主义）？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否遭受过歧视（例如因其种族、民族、性别认同、性取向、宗教信仰、学习差异或残疾而被骚扰或感到自卑或被排斥）？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否曾有过住房问题（例如无家可归、没有稳定的住所、在六个月内搬家两次以上、面临收回或丧失抵押品赎回权，或不得不与多个家庭或 家庭成员同住）？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您是否担心过您的孩子没有足够的食物吃，或者担心在您能买到更多食物之前孩子的食物就已经吃完了？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否曾因寄养或移民原因而与父母或照料者分开？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否曾与患有严重身体疾病或残疾的父母/照料者生活在一起？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
■ 您的孩子是否曾与已故的父母或照料者生活在一起？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

将第二部分中“是”的答案相加：