

استبيان صحة المراهقين والشباب (للمرحلة السنوية من 11 إلى 20 عامًا)

اسمك/الاسم الذي تحب أن يدعوه بك الأشخاص: _____ الضمان: _____

جنسك المحدد عند الميلاد (كما هو مذكور في شهادة الميلاد الأصلية)

هويتك الجنسية: _____

ما هي أفضل أربع كلمات تصفك؟

ما الغرض من زيارتك اليوم؟

هل تريد المزيد من المعلومات؟	يُرجى وضع دائرة حول إجاباتك	نظرح على كل مريض هذه الأسئلة بخصوص الأشياء التي يمكن أن تؤثر على صحتك وعافيتك. قد لا تناسبك بعض الأسئلة. لا توجد مشكلة في ترك هذه الأسئلة فارغة. يُرجى الإجابة على هذه الأسئلة بنفسك، دون مساعدة من والديك أو أصدقائك، وكن صريحًا قدر الإمكان. إجاباتك سرية.
<input type="checkbox"/>	لا	1. بشكل عام، هل تشعر بالسعادة بالطريقة التي تسير بها الأمور معك؟
<input type="checkbox"/>	لا	2. هل ترتدي حزام الأمان في السيارة/الشاحنة؟
<input type="checkbox"/>	لا	3. هل ترتدي خوذة عند استخدام لوح التزلج أو الدراجة أو الدراجة النارية أو عربة الجليد الآلية أو مركبة تسير على جميع التضاريس (ATV)؟
<input type="checkbox"/>	لا	4. هل أنت على وفاق مع أسرتك؟
<input type="checkbox"/>	لا	5. هل لديك شخص بالغ واحد على الأقل يمكنك التحدث إليه حقًا؟
<input type="checkbox"/>	لا	6. هل تشعر بالأمان في المنزل والمدرسة وفي مجتمعك؟
<input type="checkbox"/>	لا	7. هل تمارس الرياضة لمدة 60 دقيقة في معظم أيام الأسبوع؟
<input type="checkbox"/>	لا	8. هل تعتقد أن وزنك وطولك مناسبين؟
<input type="checkbox"/>	لا	9. هل سبق لك عدم تناول وجبات الطعام أو استخدام ملينات أو حبوب الحمية الغذائية أو التقويم عمدًا لفقدان الوزن أو التحكم في وزنك؟
<input type="checkbox"/>	لا	10. هل لم تحضر لمدة أكثر من 7 أيام دراسية في العام الماضي؟
<input type="checkbox"/>	لا	11. هل درجاتك أسوأ مما كانت عليه من قبل؟
<input type="checkbox"/>	لا	12. هل أنت أو أي شخص تعيش معه لديه مسدس أو يحمل مسدسًا؟
<input type="checkbox"/>	لا	13. هل يساورك قلقًا بشأن الحصول على المال أو مكان للعيش أو الطعام أو الملابس؟
<input type="checkbox"/>	لا	14. هل سبق لك أن هربت من المنزل؟
<input type="checkbox"/>	لا	15. هل سبق لك الانضمام إلى عصابة (حاليًا أو في الماضي)؟

استبيان صحة المراهقين والشباب

هل تريد المزيد من المعلومات؟	يُرجى وضع دائرة على إجابتك	إجاباتك سرية بينك وبين مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. سنتحدث فقط مع ولي الأمر/الوصي القانوني حول هذه المعلومات إذا كان يسأرك قلقًا فعليًا بشأن صحتك وسلامتك. قبل أن نتحدث إلى ولي الأمر/الوصي، سنتحدث معك عن ذلك.
<input type="checkbox"/>	لا	16. هل سبق لك أن أذيت أو جرحت نفسك عن قصد؟
<input type="checkbox"/>	لا	17. هل سبق لك إرسال رسالة نصية أو رسالة أو صورة جنسية أو استلمتها؟
<input type="checkbox"/>	لا	18. هل سبق لك أن مارست أي نوع من أنواع الجنس؟
<input type="checkbox"/>	لا	19. هل سبق لك أن أصبت بعدوى تنتشر عن طريق ممارسة الجنس؟ (مثل الهربس والسيلان والكلاميديا والتأليل التناسلية ومرض التهاب الحوض وفيروس نقص المناعة البشرية والزهري)
<input type="checkbox"/>	لا	20. هل سبق لك أن الاتجار بالجنس أو القيام بنشاط جنسي مقابل الحصول على المال أو الطعام أو مكان للعيش فيه أو أي شيء آخر؟
<input type="checkbox"/>	لا	21. هل أنت، أو هل تساءلت يوماً ما إذا كنت مثلًا أو سحاقية أو ثنائي الميول الجنسية أو تعاني من الشمولية الجنسية أو لاجنسيًا أو شاذًا؟
<input type="checkbox"/>	لا	22. هل أنت، أو هل تتساءل عما إذا كنت متحولًا جنسيًا، أو لا ثنائي، أو مرن الهوية الجندرية، أو غير ثنائي، أو جنسًا مختلفًا عما كان يُطلق عليك (فتى أو فتاة) عند الولادة؟
<input type="checkbox"/>	لا	23. هل سبق لك أن تعرضت للإيذاء أو الأذى الجسدي أو الجنسي أو العاطفي من قبل أي شخص؟ (مثل الركل أو الضرب أو الإجبار أو الخداع لممارسة الجنس، أو اللمس بطريقة تجعلك تشعر بالانزعاج، يطلق عليها اسم عديم القيمة)
<input type="checkbox"/>	لا	24. هل سبق لك أن حاولت قتل نفسك؟
<input type="checkbox"/>	لا	25. هل مرّت عليك أي أحداث مرهقة أو مخيفة لا تزال تزعجك؟

إذا كان بإمكانك تغيير شيء واحد في حياتك أو في نفسك، فماذا سيكون؟

ما هو أهم شيء تريدنا أن نركز عليه في زيارة العيادة اليوم؟

أسئلة حول التبغ والكحول والماريغوانا والمخدرات الأخرى

أسبوعيًا	شهريًا	مرة أو مرتين	مطلقًا	في العام الماضي، كم مرة تعاطيتها:
				التبغ: السجائر والسيجار والمضغ والسجائر الإلكترونية أو السجائر الإلكترونية (الغيب). مثل JUUL أو suorin أو blu أو VUSE أو logic؟
				الكحول
				الماريغوانا
				هل جرّبت أي عقاقير أخرى من أجل المتعة أو الفضول أو التأقلم، مثل الحبوب الموصوفة، أو العقاقير التي تشمها أو تدخنها، أو سالفيا أو من نوع salvia أو K2 أو غير ذلك من العقاقير غير المشروعة؟

انتهينا! شكرًا لك!

For office use:

An option is to offer the complete [S2BI \(nida.nih.gov/s2bi\)](https://nida.nih.gov/s2bi) for validated substance use screening and recommendations based on results. These screening questions correspond to the brief office-based intervention algorithm for young people 9-18 years of age: [Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth \(www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/professional-education-materials/alcohol-screening-and-brief-intervention-youth-practitioners-guide\)](https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/professional-education-materials/alcohol-screening-and-brief-intervention-youth-practitioners-guide).

NOTE: Standardized mental health screening is required for C&TC visits at 12-20 years of age. Refer to the [Mental Health Screening \(6-20 Years\) C&TC Fact Sheet \(www.health.state.mn.us/docs/people/childreneyouth/ctc/mentalhealth.pdf\)](https://www.health.state.mn.us/docs/people/childreneyouth/ctc/mentalhealth.pdf) for instrument and referral recommendations.

للحصول على هذه المعلومات بتنسيق مختلف، تواصل مع:

وزارة الصحة في مينيسوتا
برنامج فحوصات الطفل والرضع
الهاتف: 651-201-3650
البريد الإلكتروني: health.childteencheckups@state.mn.us
www.health.state.mn.us

12/2023

To obtain this information in a different format, call: 651-201-3650.