

Анкета о состоянии здоровья подростков и молодых людей (11–20 лет)

Имя, фамилия/ Как к Вам обращаться: _____

Местоимения: _____

Пол при рождении (как в свидетельстве о рождении): _____

Ваша гендерная идентичность: _____

Опишите себя в 4-х словах?

Что Вы ожидаете от сегодняшнего посещения?

Эти вопросы помогут нам лучше понять Вашу ситуацию со здоровьем и самочувствием. Мы задаём их всем пациентам. Некоторые из них могут не понравиться Вам или не иметь к Вам отношения. Вы можете не отвечать на такие вопросы. Просим Вас отвечать на все вопросы самостоятельно, не прибегая к помощи родителей или друзей, и по возможности максимально честно. Содержание Ваших ответов не разглашается.	ОБВЕДИТЕ НУЖНЫЙ ОТВЕТ	НУЖНЫ ПОЯСНЕНИЯ?
1. Довольны ли Вы, в целом, тем, как у Вас идут дела?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
2. Надеваете ли Вы ремень безопасности в машине?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
3. Надеваете ли Вы шлем, когда катаетесь на скейте, велосипеде, мотоцикле, сноуборде или квадроцикле?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
4. У Вас хорошие отношения с родителями и другими членами семьи?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
5. Есть ли у Вас хотя бы один взрослый, с кем Вы можете поговорить откровенно?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
6. Чувствуете ли вы себя в безопасности дома, в школе и в общественных местах?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
7. Уделяете ли Вы хотя бы 1 час в день активной физической деятельности?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
8. Считаете ли Вы, что у Вас нормальное соотношение роста и веса?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
9. Бывает ли, что Вы отказываетесь от еды, пользуетесь слабительным или таблетками для похудения, или вызываете рвоту, чтобы сбросить или не набирать лишний вес?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
10. Пропустили ли Вы более 7 дней в школе за последний год?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
11. Ухудшилась ли Ваша успеваемость в школе (по оценкам)?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>

AYA QUESTIONNAIRE

12. Есть ли у Вас или у кого-то, с кем Вы живете, оружие и носите ли вы его с собой?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
13. Беспокоят ли Вас проблемы с деньгами, домом, едой или одеждой?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
14. Вы когда-нибудь убегали из дома?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
15. Вы когда-нибудь состояли в банде (сейчас или в прошлом)?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
Ваши ответы будут известны только Вам и вашему врачу. Мы можем поговорить с вашими родителями/опекуном только если у нас появятся серьёзные опасения насчёт Вашего здоровья и безопасности. До разговора с ними, мы поговорим об этом с Вами.	ОБВЕДИТЕ НУЖНЫЙ ОТВЕТ	НУЖНЫ ПОЯСНЕНИЯ?
16. Вы когда-нибудь преднамеренно причиняли себе боль или наносили себе раны?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
17. Вы когда-нибудь набирали/отправляли или получали сообщения или картинки сексуального содержания?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
18. Имели ли Вы когда-нибудь какие-либо сексуальные контакты?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
19. Было ли у Вас когда-либо венерическое заболевание? (например, герпес, гонорея, хламидиоз, остроконечные кондиломы, воспалительные заболевания органов малого таза, ВИЧ, сифилис)	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
20. Приходилось ли Вам заниматься сексом, раздеваться и пр. за еду, кров и пр.?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
21. Приходила ли Вам когда-либо мысль о том, что Вы гей, лесбиянка, бисексуал, пансексуал, асексуал или квир?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
22. Являетесь ли Вы или задумываетесь ли Вы о том, что Вы трансгендер, гендерквир, гендерфлюид, небинарный человек или гендер, отличный от того, каким Вас называли (мальчиком или девочкой) при рождении?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
23. Подвергались ли Вы когда-нибудь физическому, сексуальному или эмоциональному насилию или оскорблению с чьей-либо стороны? (например, Вас пинали, били, принуждали или обманом заставляли заниматься сексом, прикасались так, что Вы чувствовали себя некомфортно, называли бесполезными)	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
24. Вы когда-либо покушались на самоубийство?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>
25. Были ли Вы участником/свидетелем каких-либо стрессовых или страшных событий, которые до сих пор беспокоят Вас?	Да Иногда Нет	<input type="checkbox"/>

Если бы Вы могли изменить что-то одно в Вашей жизни или в себе, что бы Вы выбрали?

Что Вас больше всего беспокоит сейчас, что привело Вас в клинику?

Вопросы о курении, употреблении алкоголя, марихуаны и других наркотиков

Как часто Вы употребляли ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД:	Никогда	1-2 раза	Раз в месяц	Раз в неделю
Табачные изделия: сигареты, сигары, жевательный табак или электронные сигареты или вайп?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Алкоголь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Марихуану	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пробовали ли Вы какие-либо другие наркотики для развлечения, любопытства или преодоления стресса, например, таблетки, отпускаемые по рецепту, наркотики, которые вы нюхали или выдыхали, шалфей, K2 или другие запрещенные наркотики?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

На этом всё! Благодарим Вас!

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.

Документ предоставлен:

Minnesota Department of Health
 Child and Teen Checkups
 651-201-3650

AYA QUESTIONNAIRE

health.childteencheckups@state.mn.us

www.health.state.mn.us

12/2023

Для получения этой информации в другом формате обращайтесь в, call: 651-201-3650.