

# Bảng Câu Hỏi Về Sức Khỏe Vị Thành Niên và Thanh Thiếu Niên (11-20 tuổi)

Tên của quý vị/Cách xưng hô mong muốn: \_\_\_\_\_ Cách xưng hô: \_\_\_\_\_

Giới tính khai sinh (được ghi trên giấy khai sinh gốc): \_\_\_\_\_

Bản dạng giới: \_\_\_\_\_

Bốn từ mô tả đúng nhất về quý vị là gì?

Quý vị mong đợi điều gì từ buổi thăm khám hôm nay?

<b>Các câu hỏi dưới đây bao gồm yếu tố có thể ảnh hưởng đến sức khỏe và tinh thần của quý vị. Trong đó có thể có một số câu hỏi không phù hợp với quý vị. Quý vị không cần phải trả lời hết tất cả các câu hỏi này. Vui lòng tự trả lời những câu hỏi này và không nhờ sự hỗ trợ từ phụ huynh hoặc quý vị bè, đồng thời hãy trả lời một cách trung thực nhất. Câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật.</b>	<b>VUI LÒNG KHOANH TRÒN VÀO ĐÁP ÁN</b>	<b>MUỐN BIẾT THÊM THÔNG TIN?</b>
1. Nói chung, quý vị có hài lòng với cuộc sống hiện tại không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
2. Quý vị có thắt dây an toàn khi ngồi trên ô tô/xe tải không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
3. Quý vị có đội mũ bảo hiểm khi trượt ván, đi xe đạp, mô tô, xe trượt tuyết hoặc xe địa hình không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
4. Quý vị có hòa thuận với gia đình mình không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
5. Quý vị có ít nhất một người lớn mà có thể trò chuyện nghiêm túc cùng mình không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
6. Quý vị có cảm thấy an toàn ở nhà, ở trường và trong cộng đồng của mình không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
7. Quý vị có dành 60 phút để tham gia các hoạt động thể chất trong hầu hết các ngày trong tuần không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
8. Quý vị có nghĩ rằng cân nặng và chiều cao của bản thân phù hợp không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
9. Quý vị có bao giờ bỏ bữa, sử dụng thuốc nhuận tràng hay thuốc ăn kiêng, hoặc cố tình nôn mửa để giảm cân hoặc kiểm soát cân nặng của mình không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
10. Quý vị có nghỉ học hơn 7 ngày trong năm ngoái không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
11. Điểm số của quý vị có giảm so với trước đây không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
12. Quý vị hoặc bất kỳ ai quý vị sống cùng có súng hoặc mang theo súng không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>

AYA QUESTIONNAIRE

13. Quý vị có lo lắng về vấn đề tiền bạc, nơi ở, thức ăn hay quần áo không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
14. Quý vị đã bao giờ bỏ nhà đi chưa?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
15. Quý vị đã bao giờ tham gia vào băng đảng (trong hiện tại hoặc quá khứ) chưa?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
<b>Chỉ có quý vị và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị nắm được những thông tin này. Chúng tôi sẽ chỉ trao đổi với phụ huynh/người giám hộ về thông tin này khi sức khỏe và sự an toàn của quý vị trở nên đáng lo ngại. Trước khi thực hiện trao đổi với phụ huynh/người giám hộ, chúng tôi sẽ trao đổi với quý vị trước.</b>	<b>VUI LÒNG KHOANH TRÒN VÀO ĐÁP ÁN</b>	<b>MUỐN BIẾT THÊM THÔNG TIN?</b>
16. Quý vị có bao giờ cố ý làm tổn thương hoặc tự tạo vết cắt lên thân thể không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
17. Quý vị đã bao giờ nhắn tin/gửi hoặc nhận tin nhắn hoặc hình ảnh khiêu dâm chưa?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
18. Quý vị đã thực hiện bất kỳ hành vi quan hệ tình dục nào chưa?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
19. Quý vị đã bao giờ gặp phải bệnh nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục chưa? (ví dụ như herpes, lậu, chlamydia, mụn cóc sinh dục, bệnh viêm vùng chậu, HIV, giang mai)	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
20. Quý vị đã bao giờ quan hệ tình dục hoặc thực hiện hành động nhạy cảm để trao đổi tiền, thức ăn, nơi ở hay bất cứ thứ gì khác chưa?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
21. Quý vị có đang hoặc có bao giờ nghi ngờ bản thân là người đồng tính nam, đồng tính nữ, song tính, toàn tính, vô tính hay đa dạng tính dục không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
22. Quý vị có đang hoặc có bao giờ thắc mắc liệu bản thân có phải là người chuyển giới, đa dạng về giới, linh hoạt về giới, phi nhị giới hay có giới tính khác với giới tính bản sinh (tra hoặc gái) không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
23. Quý vị đã bao giờ bị bất kỳ ai lạm dụng hoặc làm tổn thương về mặt thể chất, tình dục hoặc tình cảm chưa? (ví dụ như bị đá, bị đánh, bị ép buộc hoặc bị lừa thực hiện hành vi quan hệ tình dục, bị đụng chạm theo cách khiến quý vị cảm thấy khó chịu, bị gọi là đồ vô dụng)	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
24. Quý vị đã bao giờ cố tự sát chưa?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>
25. Quý vị có trải qua sự việc áp lực hoặc đáng sợ nào mà vẫn gây ra tổn thương đến quý vị không?	Có Thỉnh thoảng Không	<input type="checkbox"/>

Nếu quý vị có thể thay đổi một điều về cuộc sống hoặc bản thân, quý vị sẽ thay đổi điều gì?

Điều quan trọng nhất quý vị muốn chúng tôi chú ý tới trong chuyến thăm khám hôm nay là gì?

## Câu hỏi về thuốc lá, rượu, cần sa, các loại thuốc khác

TRONG NĂM VỪA QUA, quý vị đã sử dụng bao nhiêu lần:	Không bao giờ	Một hoặc hai lần	Hằng tháng	Hằng tuần
Thuốc lá: thuốc lá điếu, xì gà, thuốc lá nhai hoặc thuốc lá điện tử hoặc thuốc lá vape, ví dụ như JUUL, Suorin, Blu, VUSE hay Logic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rượu bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cần sa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quý vị đã thử bất kỳ loại thuốc nào khác để giải trí, hay do tò mò hoặc để đối phó với căng thẳng, ví dụ như thuốc theo toa, thuốc dưới dạng ngửi hoặc hít, Salvia, K2 hoặc các loại thuốc bất hợp pháp khác chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Quý vị đã hoàn thành bảng câu hỏi! Cảm ơn quý vị!

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.

Biểu mẫu được cung cấp bởi:

Minnesota Department of Health  
 Child and Teen Checkups  
 651-201-3650  
[health.childteencheckups@state.mn.us](mailto:health.childteencheckups@state.mn.us)  
[www.health.state.mn.us](http://www.health.state.mn.us)

12/2023

Để nhận thông tin này ở định dạng khác, hãy gọi: 651-201-3650.