

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر عام إلى عامين (1 - 2 Years)

| | | | | |
|------------------------------|---|---|---|--|
| اسم الطفل (الأول والأخير) | تاريخ الميلاد | أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> | تاريخ اليوم | هل يتم رعاية الطفل من قبل أحد غير الوصي القانوني عليه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| الشخص الذي يقوم بملء النموذج | الوصي القانوني <input type="checkbox"/> | أحد الأصدقاء <input type="checkbox"/> | أحد الأقارب <input type="checkbox"/> | أحد الوالدين <input type="checkbox"/> |
| | | | علاقة أخرى (حدد) <input type="checkbox"/> | هل تريد المساعدة في بيانات الاستمارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |

من فضلك أجب على كل الأسئلة في النموذج على قدر استطاعتك. ضع دائرة حول "تجاهل" إذا لم تكن تعرف الإجابة أو لم تكن ترغب في الإجابة. يُرجى محادثة الطبيب إذا كان لديك أية استفسارات حول هذا النموذج. ستكون إجاباتك محفوظة كجزء من سجلك الطبي.

هل تحتاج إلى مترجم؟
 نعم لا

Clinic Use Only:

| رقم السؤال | نعم (Yes) | لا (No) | تجاهل (Skip) | السؤال | رقم السؤال | نعم (Yes) | لا (No) | تجاهل (Skip) | السؤال |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|------------|-----------|---------|--------------|-------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تقومين بإرضاع طفلك رضاعة طبيعية؟ (Breastfeed child?) | 1 | | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يتناول طفلك ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطبية أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ (Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?) | 2 | | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يتناول طفلك الخضروات والفاكهة مرتين في اليوم على الأقل؟ (Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?) | 3 | | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يتناول طفلك الأطعمة المشبعة بالدهون مثل الطعام المقلي أو رقائق البطاطس أو المتلجات أو البيتزا أكثر من مرة في الأسبوع؟ (Child eats high fat foods more than once per week?) | 4 | | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يشرب طفلك أكثر من كوب صغير (٤ - ٦ أونصة) من العصير في اليوم؟ (Child drinks more than one small cup of juice per day?) | 5 | | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يشرب طفلك المشروبات الغازية أو العصائر أو مشروبات الرياضة أو مشروبات الطاقة أو أية مشروبات محلاة أخرى أكثر من مرة في الأسبوع؟ (Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?) | 6 | | | | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يلعب طفلك بنشاط خلال معظم أيام الأسبوع؟ (Child plays actively most days of the week?) | 7 | | | | Physical Activity |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تهتمين بوزن طفلك؟ (Concerned about child's weight?) | 8 | | | | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يشاهد طفلك التلفاز أو يلعب ألعاب الفيديو؟ (Child watches TV or plays video games?) | 9 | | | | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل لديك في منزلك كاشف فعّال للدخان؟ (Home has working smoke detector?) | 10 | | | | Safety |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتكون دافئة (أقل من ١٢٠ درجة)؟ (Water temperature turned down to low-warm?) | 11 | | | | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | إذا كان منزلك يتكون من أكثر من طابق، فهل وضعتي أقفالاً للسلامة على النوافذ وأبوابًا للدرج؟ (Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?) | 12 | | | | |
| 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تحتفظين بمواد التنظيف والأدوية والتقاب في مكان محكم الغلق وبعيدة عن متناول الأطفال؟ (Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?) | 13 | | | | |

| | | | | | | |
|----|-----------------|--------------|--------------|--|----|------------------|
| 14 | تجاهل (Skip) | لا (No) | نعم (Yes) | هل سجلت رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم على تليفون المنزل ؟(800-222-1222) (Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?) | ١٤ | |
| 15 | تجاهل (Skip) | لا (No) | نعم (Yes) | هل تبقيين مع طفلك بينما يكون/تكون في حوض الاستحمام؟ (Always stays with child when in the bathtub?) | ١٥ | |
| 16 | تجاهل (Skip) | لا (No) | نعم (Yes) | هل تقومين بوضع طفلك في مقعد السيارة الخاص بالأطفال في الخلف؟ (Always places child in a rear facing car seat in the back seat?) | ١٦ | |
| 17 | تجاهل (Skip) | لا (No) | نعم (Yes) | هل تستخدمين مقعد السيارة المناسب لعمر وحجم طفلك؟ (Car seat used is correct size for age and size of child?) | ١٧ | |
| 18 | تجاهل (Skip) | لا (No) | نعم (Yes) | هل تقومين دائماً بالتأكد من وجود الأطفال قبل الرجوع بالسيارة إلى الخلف؟ (Always checks for children before backing car out?) | ١٨ | |
| 19 | تجاهل (Skip) | نعم (Yes) | لا (No) | هل يقضي طفلك وقتاً بالقرب من حمام السباحة أو النهر أو البحيرة؟ (Child spends time near a swimming pool, river, or lake?) | ١٩ | |
| 20 | تجاهل (Skip) | نعم (Yes) | لا (No) | هل يقضي طفلك وقتاً بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ (Child spends time in home where a gun is kept?) | ٢٠ | |
| 21 | تجاهل (Skip) | لا (No) | نعم (Yes) | هل دائماً ما يرتدي طفلك خوذة أثناء ركوب الدراجة أو لوح التزلج أو السكوتر؟ (Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?) | ٢١ | |
| 22 | تجاهل (Skip) | لا (No) | نعم (Yes) | هل تساعدن طفلك في تنظيف أسنانه/أسنانها يومياً باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ (Child is helped to brush and floss teeth daily?) | ٢٢ | Dental Health |
| 23 | تجاهل (Skip) | نعم (Yes) | لا (No) | هل يقضي طفلك وقتاً مع أحد المدخنين؟ (Child spends time with anyone who smokes?) | ٢٣ | Tobacco Exposure |
| 24 | تجاهل (Skip) | نعم (Yes) | لا (No) | هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ (Any other questions or concerns about child's health, development or behavior?) | ٢٤ | |

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

| Clinic Use Only | Counseled | Referred | Anticipatory Guidance | Follow-up Ordered | Comments: |
|--------------------------|-------------|----------|-----------------------|-------------------|-----------|
| | | | | | |
| PCP's Signature | Print Name: | | | Date: | |
| SHA ANNUAL REVIEW | | | | | |
| PCP's Signature | Print Name: | | | Date: | |