

# ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

7 تا 12 ماهگی (7 - 12 Months)

نام کودک (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	مونت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	تاریخ امروز	به مهدکودک می رود/کسی از او مراقبت می کند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
شخص تکمیل کننده فرم	<input type="checkbox"/> ولی <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> قیم	برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> سایر (لطفاً مشخص کنید)				

نیاز به مترجم دارید؟

بله (Yes)

خیر (No)

**Clinic Use Only:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
آیا از شیر خودتان به کودک می دهید؟ (Breastfeeds baby?)	آیا کودک شما روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر خشک، شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کند؟ (Baby drinks/eats 3 serving of calcium rich foods daily?)	آیا نگران وزن کودک خود هستید؟ (Concerned about baby's weight?)	آیا کودک شما اصلاً تلویزیون تماشا می کند؟ (Baby watches any TV?)	آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ (Home has working smoke detector?)	آیا دمای آب را به حد کمی-گرم پایین برده اید (کمتر از 120 درجه فارنهایت)؟ (Water temperature turned down to low-warm?)	اگر خانه شما بیشتر از یک طبقه دارد، آیا روی پنجره ها حفاظ ایمنی و برای راه پله ها دروازه قرار داده اید؟ (Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?)	آیا لوازم نظافت، دارو و کبریت در خانه شما در جایی محفوظ و قفل دار هستند؟ (Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?)	آیا در خانه شما شماره تلفن مرکز کنترل سموم (800-222-1222) کنار تلفن نوشته شده است؟ (Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?)	آیا همیشه کودک خود را برای خواب به پشت قرار می دهید؟ (Always puts baby to sleep on her/his back?)
Nutrition		Physical Activity		Safety					

صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا وقتی که کودک شما در وان حمام است همیشه پیش او می مانید؟ (Always stays with baby when in the bathtub?)	11	
صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا همیشه کودک خود را در صندلی عقب ماشین روی یک صندلی مخصوص کودکان که رو به عقب است قرار می دهید؟ (Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?)	12	
صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا صندلی مخصوص کودکان که استفاده می کنید برای سن و اندازه کودک شما مناسب است؟ (Car seat used is correct size for age and size of baby?)	13	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا کودک شما نزدیک یک استخر شنا، دریاچه یا رودخانه وقت می گذراند؟ (Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?)	14	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا کودک شما در خانه ای که یک تفنگ در آن نگهداری می شود وقت صرف می کند؟ (Baby spends time in a home where a gun is kept?)	15	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا چیزی بغیر از شیرخشک، شیر یا آب با شیشه به کودک خود می دهید؟ (Gives baby a bottle with anything in it except formula, milk, or water?)	16	Dental Health
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا کودک شما با کسی وقت می گذراند که سیگار می کشد؟ (Baby spends time with anyone who smokes?)	17	Tobacco Exposure
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی، رشد یا رفتار کودک خود دارید؟ (Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?)	18	

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح بدهید:

<b>Clinic Use Only</b>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<b>Patient Declined the SHA</b> <input type="checkbox"/>
PCP's Signature:		Print Name:			Date: