

# تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر ٩ إلى ١١ سنة  
(9 - 11 Years)

الطفل في أي صف دراسي:	تاريخ اليوم	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد	اسم الطفل (الأول والأخير)
هل يحضر الطفل إلى المدرسة بانتظام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> أحد الأقارب <input type="checkbox"/> أحد الأصدقاء <input type="checkbox"/> الوصي القانوني <input type="checkbox"/> علاقة أخرى (حدد)	الشخص الذي يقوم بملء النموذج		

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:

				Nutrition	
١	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يتناول طفلك ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطبية أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التفوف؟ (Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?)	
٢	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يتناول طفلك الخضروات والفاكهة مرتين في اليوم على الأقل؟ (Child eats fruits and vegetables at least two times per day?)	
٣	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	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?)	
٤	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يشرب طفلك أكثر من كوب (٨ أونصة) من العصير في اليوم؟ (Child drinks more than one cup of juice per day?)	
٥	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	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/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?)	
				Physical Activity	
٦	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يتمرّن طفلك أو يمارس الرياضة خلال معظم أيام الأسبوع؟ (Child exercises or plays sports most days of the week?)	
٧	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تهتمين بوزن طفلك؟ (Concerned about child's weight?)	
٨	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يشاهد طفلك التلفاز أو يلعب ألعاب الفيديو لأقل من ساعتين في اليوم؟ (Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)	
				Safety	
٩	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل لديك في منزلك كاشف فعّال للدخان؟ (Home has a working smoke detector?)	
١٠	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل سجلت رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم على تليفون المنزل (800-222-1222)؟ (Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?)	
١١	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل دائمًا ما يستخدم طفلك حزام الأمان في المقعد الخلفي (أو يستخدم مقعد التعزيز إذا كان أقل من ٤٥ سم)؟ (Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat if under 4'9"))?	

12	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?)	١٢	
13	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتاً بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ (Child spends time in home where a gun is kept?)	١٣	
14	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتاً مع أي شخص يملك مسدساً أو سكيناً أو أي سلاح آخر؟ (Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)	١٤	
15	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?)	١٥	
16	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تعرض طفلك لإساءة المعاملة أو العنف من قبل؟ (Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)	١٦	
17	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل قام أحد بضرب طفلك أو قام هو بضرب أي شخص العام الماضي؟ (Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?)	١٧	
18	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل شعر طفلك بالخوف أو عدم الأمان في المدرسة أو في الحي (أو قام أحد بتخويفه عن طريق الإنترنت)؟ (Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?)	١٨	
19	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يقوم طفلك بتنظيف أسنانه/أسنانها يومياً باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ (Child brushes and flosses teeth daily?)	١٩	Dental Health
20	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يبدو على طفلك أحياناً علامات الحزن والاحباط؟ (Child often seems sad or depressed?)	٢٠	Mental Health
21	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتاً مع أحد المدخنين؟ (Child spends time with anyone who smokes?)	٢١	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل قام طفلك بالتدخين أو مضغ التبغ؟ (Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)	٢٢	
23	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل لديك مخاوف أن يقوم طفلك بتعاطي المخدرات أو استنشاق مواد أخرى مثل الصمغ للوصول إلى حالة النشوى؟ (Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?)	٢٣	
24	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل لديك مخاوف أن يقوم طفلك بشرب الكحول مثل البيرة أو النبيذ أو عصائر مزودة بنبيذ أو مشروب كحولي؟ (Concerned that child may be drinking alcohol?)	٢٤	

25	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يعاني أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء من مشكلة مع المخدرات أو الكحول؟ (Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?)	٢٥	Sexual Issues
26	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقوم طفلك بالخروج مع أو مواعدة صديق/صديقة؟ (Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?)	٢٦	
27	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تعتقد أنه من الممكن أن يمارس طفلك الجنس؟ (Think child might be sexually active?)	٢٧	
28	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ (Questions or concerns about child's health or behavior?)	٢٨	

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

<b>Clinic Use Only</b>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b>				
<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"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	