

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

ساخوردگان (Senior)

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام بیمار (نام و نام خانوادگی) | تاریخ تولد | مونت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> | تاریخ امروز |
| شخص تکمیل کننده فرم (اگر بیمار نیاز به کمک دارد) لطفاً شرح دهید: | | فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> | برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ (Yes) بله <input type="checkbox"/> (No) خیر <input type="checkbox"/> |
| نیاز به مترجم دارید؟ (Yes) بله <input type="checkbox"/> (No) خیر <input type="checkbox"/> | | | لطفاً به تمام سوالات این فرم به بهترین نحوی که می توانید پاسخ بدهید. اگر پاسخ را نمی دانید یا مایل نیستید پاسخ بدهید دور "صرف نظر" دایره بکشید. اگر درباره هر موضوعی در این فرم سوال دارید با پزشک صحبت کنید. پاسخ هایی که می دهید بعنوان بخشی از سوابق پزشکی شما محافظت خواهند شد. |
| Clinic Use Only: | | | |
| Nutrition | | | |
| 1 | آیا روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کنید؟ (Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?) | بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| 2 | آیا هر روز میوه و سبزیجات می خورید؟ (Eats fruits and vegetables every day?) | بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| 3 | آیا مصرف غذاهای سرخ کردنی یا فست فود (غذای فوری) را محدود کرده اید؟ (Limits the amount of fried food or fast food eaten?) | بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| 4 | آیا می توانید براحتی غذاهای سالم به میزان کافی در اختیار داشته باشید؟ (Easily able to get enough healthy food?) | بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| 5 | آیا در بیشتر روزهای هفته نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی یا انرژی زا می نوشید؟ (Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?) | خیر (No) <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| 6 | آیا اغلب بیش از اندازه یا کمتر از اندازه غذا می خورید؟ (Often eats too much or too little food?) | خیر (No) <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| 7 | آیا جویدن یا بلعیدن برای شما مشکل است؟ (Has difficulty chewing or swallowing?) | خیر (No) <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| 8 | آیا نگران وزن خود هستید؟ (Concerned about weight?) | خیر (No) <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| Physical Activity | | | |
| 9 | آیا روزی حداقل 1/2 ساعت نرمش می کنید یا به فعالیت هایی چون پیاده روی، باغبانی، شنا می پردازید؟ (Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?) | بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| Safety | | | |
| 10 | آیا در محل زندگی خود احساس امنیت می کنید؟ (Feels safe where she/he lives?) | بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |
| 11 | آیا اغلب مصرف داروهای خود را فراموش می کنید؟ (Often has trouble keeping track of medicines?) | خیر (No) <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> | صرف نظر (Skip) |

| | | | | | |
|----------------|-----------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا دوستان یا فامیل نگران رانندگی کردن شما هستند؟ (Family members/friends worried about her/his driving?) | 12 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا اخیراً حادثه رانندگی داشته اید؟ (Any car accidents lately?) | 13 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا پیش می آید که زمین بخورید و آسیب ببینید، یا بلند شدن برای شما مشکل باشد؟ (Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?) | 14 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا در سال گذشته کسی شما را کتک، سیلی، یا لگد زده یا مورد آزار جسمانی قرار داده است؟ (Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?) | 15 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا در خانه یا محل زندگی خود تفنگ نگهداری می کنید؟ (Keeps a gun in house/place where she/he lives?) | 16 | |
| صرف نظر (Skip) | خیر (No) | بله (Yes) | آیا هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زنید؟ (Brushes and flosses teeth daily?) | 17 | Dental Health |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا اغلب غمگین، نا امید، عصبانی یا نگران هستید؟ (Often feels sad, hopeless, angry, or worried?) | 18 | Mental Health |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا اغلب از مشکلات خواب رنج می برید؟ (Often has trouble sleeping?) | 19 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا شما یا دیگران فکر می کنید که به یاد آوردن چیزها برای تان دشوار شده است؟ (Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?) | 20 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا سیگار می کشید یا توتون می جوید؟ (Smokes or chews tobacco?) | 21 | Alcohol, Tobacco, Drug Use |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا دوستان یا فامیل در خانه یا محل زندگی شما سیگار می کشند؟ (Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?) | 22 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا روزی 2 نوشیدنی الکلی یا بیشتر می نوشید؟ (Drinks 2 or more alcoholic drinks per day?) | 23 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا برای کمک به خوابیدن، آرامش، آرام شدن، احساس بهتر داشتن یا کاهش وزن مواد یا داروهای مصرف می کنید؟ (Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?) | 24 | |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | آیا فکر می کنید شما یا شریک زندگی شما ممکن است به یک بیماری مقاربتی (STD) مانند کلامیدیا، سوزاک، تاول های ناحیه دستگاه تناسلی و غیره مبتلا باشید (Thinks she/he or partner could have an STI?) | 25 | Sexual Issues |

| | | | | |
|----------------|-----------|-----------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | 26 | ایا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته با افراد دیگر نیز رابطه جنسی داشته اید؟ <i>(She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?)</i> |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | 27 | ایا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته بدون کاندوم رابطه جنسی داشته اید؟ <i>(She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)</i> |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | 28 | ایا هرگز مجبور به داشتن روابط جنسی شده اید یا برای برقراری روابط جنسی تحت فشار بوده اید؟ <i>(Ever been forced or pressured to have sex?)</i> |
| صرف نظر (Skip) | خیر (No) | بله (Yes) | 29 | ایا کسی را دارید که در تصمیم گیری های مربوط به سلامتی و مراقبت های درمانی به شما کمک کند؟ <i>(Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?)</i> |
| صرف نظر (Skip) | بله (Yes) | خیر (No) | 30 | ایا برای استحمام، غذا خوردن، راه رفتن، لباس پوشیدن، یا استفاده از دستشویی کمک لازم دارید؟ <i>(Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?)</i> |
| صرف نظر (Skip) | خیر (No) | بله (Yes) | 31 | ایا کسی را دارید که در مواقع اضطراری که کمک لازم است با او تماس بگیرید؟ <i>(Has someone to call when needs help in an emergency?)</i> |
| صرف نظر (Skip) | خیر (No) | بله (Yes) | 32 | ایا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی خود دارید؟ <i>(Any other questions or concerns about your health?)</i> |

Independent Living

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح بدهید:

| Clinic Use Only | 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"/> Patient Declined the SHA |
| <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: | |
| SHA ANNUAL REVIEW | | | | | |
| PCP's Signature: | Print Name: | | | Date: | |
| PCP's Signature: | Print Name: | | | Date: | |
| PCP's Signature: | Print Name: | | | Date: | |
| PCP's Signature: | Print Name: | | | Date: | |