

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

3 تا 4 سالگی (3 - 4 Years)

نام بیمار (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؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No)
شخص تکمیل کننده فرم <input type="checkbox"/> سایر (لطفاً مشخص کنید)	<input type="checkbox"/> ولی <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> قیم	برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No)		

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.

نیاز به مترجم دارید؟

بله (Yes)

خیر (No)

Clinic Use Only:

Nutrition		
1	آیا فرزند شما روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کند؟ (Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
2	آیا فرزند شما حداقل روزی دو بار میوه و سبزیجات می خورد؟ (Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
3	آیا فرزند شما بیش از هفته ای یکبار غذاهای پرچرب مانند غذاهای سرخ کرده، چیپس، بستنی یا پیتزا می خورد؟ (Child eats high fat foods more than once per week?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
4	آیا فرزند شما بیش از یک فنجان کوچک (فنجان 4 – 6 اونس) آبمیوه در روز می خورد؟ (Child drinks more than one small cup of juice per day?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
5	آیا فرزند شما در هفته بیش از یک نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی، نوشیدنی های انرژی زا، یا سایر نوشیدنی های شیرین می خورد؟ (Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
Physical Activity		
6	آیا فرزند شما در بیشتر روزهای هفته به بازی های فعال و پر جنب و جوش می پردازد؟ (Child plays actively most days of the week?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
7	آیا نگران وزن فرزند خود هستید؟ (Concerned about child's weight?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
8	آیا فرزند شما کمتر از 2 ساعت در روز تلویزیون تماشا می کند یا به بازی های ویدیویی می پردازد؟ (Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
Safety		
9	آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ (Home has a working smoke detector?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
10	آیا دمای آب را به حد کمی-گرم پایین برده اید (کمتر از 120 درجه فارنهایت)؟ (Water temperature turned down to low-warm?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
11	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?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
12	آیا لوازم نظافت، دارو و کبریت در خانه شما در جایی محفوظ و قفل دار هستند؟ (Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>
13	آیا در خانه شما شماره تلفن مرکز کنترل سموم (800-222-1222) کنار تلفن نوشته شده است؟ (Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> صرف نظر (Skip) <input type="checkbox"/>

صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا وقتی که فرزند شما در وان حمام است همیشه پیش او می مانید؟ (Always stays with child when in the bathtub?)	14	
صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا همیشه فرزند خود را در صندلی عقب ماشین روی یک صندلی مخصوص کودکان که رو به جلو است قرار می دهید؟ (Always places child in a forward facing car seat in the back seat?)	15	
صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا صندلی مخصوص کودکان که استفاده می کنید برای سن و اندازه فرزند شما مناسب است؟ (Car seat used is correct size for age and size of child?)	16	
صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا قبل از دنده عقب گرفتن همیشه پشت خود را کنترل می کنید تا کودکی آنجا نباشد؟ (Always checks for children before backing car out?)	17	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا فرزند شما نزدیک استخر شنا، دریاچه یا رودخانه وقت می گذراند؟ (Child spends time near a swimming pool, river, or lake?)	18	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا فرزند شما در خانه ای که یک تفنگ در آن نگهداری می شود وقت صرف می کند؟ (Child spends time in home where a gun is kept?)	19	
صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا فرزند شما هنگام دوچرخه سواری، اسکیت سواری و یا اسکوتر سواری همیشه از کلاه ایمنی استفاده می کند؟ (Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)	20	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا فرزند شما هرگز شاهد یا قربانی بد رفتاری و یا خشونت بوده است؟ (Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?)	21	
صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا به فرزند خود کمک می کنید که هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک بزند؟ (Child is helped to brush and floss teeth daily?)	22	Dental Health
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا فرزند شما با کسی وقت می گذراند که سیگار می کشد؟ (Child spends time with anyone who smokes?)	23	Tobacco Exposure
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره رشد، سلامتی یا رفتار فرزند خود دارید؟ (Any other questions or concerns about child's health or behavior?)	24	

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید:

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"/> 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"/>	
					Patient Declined the SHA <input type="checkbox"/>
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	