

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

9 تا 11 سالگی (9 - 11 Years)

نام کودک (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	<input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر	تاریخ امروز	کلاس مدرسه
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	بطور مرتب در مدرسه حضور دارد؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No)		

نیاز به مترجم دارید؟
 بله (Yes)
 خیر (No)

لطفاً به تمام سوالات این فرم به بهترین نحوی که می توانید پاسخ دهید. اگر پاسخ را نمی دانید یا مایل نیستید پاسخ دهید 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 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)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
2	آیا فرزند شما حداقل روزی دو بار میوه و سبزیجات می خورد؟ (Child eats fruits and vegetables at least two times per day?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
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?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)
4	آیا فرزند شما بیش از یک فنجان (8 اونس) آبمیوه در روز می خورد؟ (Child drinks more than one cup of juice per day?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)
5	آیا فرزند شما در هفته بیش از یک نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی/انرژی زا، یا سایر نوشیدنی های شیرین می خورد؟ (Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)
Physical Activity				
6	یا فرزند شما در بیشتر روزهای هفته به نرمش یا بازی های ورزشی می پردازد؟ (Child exercises or plays sports most days of the week?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
7	آیا نگران وزن فرزند خود هستید؟ (Concerned about child's weight?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)
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)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
Safety				
9	آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ (Home has a working smoke detector?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
10	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)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
11	آیا فرزند شما همیشه در صندلی عقب می نشیند و کمربند ایمنی را می بندد (یا اگر قد کودک کمتر از 4'9" است از صندلی بوستر استفاده می کند)؟ (Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat if under 4'9"?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)

12	آیا فرزند شما نزدیک یک استخر شنا، دریاچه یا رودخانه وقت می گذراند؟ (Child spends time near a swimming pool, river, or lake?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	
13	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?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	
14	آیا فرزند شما با کسی وقت می گذراند که تفنگ، چاقو یا سلاح های دیگر با خود حمل می کند؟ (Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	
15	آیا فرزند شما هنگام دوچرخه سواری، اسکیت سواری و یا اسکوتر سواری همیشه از کلاه ایمنی استفاده می کند؟ (Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
16	آیا فرزند شما هرگز شاهد یا قربانی بدرفتاری و یا خشونت بوده است؟ (Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	
17	آیا فرزند شما در سال گذشته از کسی کتک خورده یا کسی را کتک زده است؟ (Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	
18	آیا هرگز پیش آمده که فرزند شما در مدرسه یا محله مورد زورگویی قرار بگیرد یا احساس امنیت نکند (یا مورد زورگویی اینترنتی قرار گرفته باشد)؟ (Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	
19	آیا فرزند شما هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زند؟ (Child brushes and flosses teeth daily?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	Dental Health
20	آیا فرزند شما اغلب غمگین و یا افسرده است؟ (Child often seems sad or depressed?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	Mental Health
21	آیا فرزند شما با کسی وقت می گذراند که سیگار می کشد؟ (Child spends time with anyone who smokes?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	آیا فرزند شما هرگز سیگار کشیده یا توتون جویده است؟ (Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	
23	آیا نگران این هستید که فرزند شما ممکن است برای احساس نشنگی به مصرف مواد مخدر یا بو کشیدن موادی مانند چسب روی آورده باشد؟ (Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	
24	آیا نگران این هستید که فرزند شما ممکن است به نوشیدن مشروبات الکلی مانند آبجو، شراب، واین کولر یا لیکور روی آورده باشد؟ (Concerned that child may be drinking alcohol?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)	

صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا فرزند شما دوست و یا فامیلی دارد که دچار مشکلات مواد مخدر و یا مشروبات الکلی باشد؟ <i>(Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?)</i>	25	Sexual Issues
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا فرزند شما قرارهای عاشقانه یا "بیرون رفتن" با دوست پسر یا دوست دختر را شروع کرده است؟ <i>(Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?)</i>	26	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا تصور می کنید ممکن است فرزندتان از لحاظ جنسی فعال باشد؟ <i>(Thinku child might be sexually active?)</i>	27	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی یا رفتار فرزند خود دارید؟ <i>(Questions or concerns about child's health or behavior?)</i>	28	

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح بدهید:

<i>Clinic Use Only</i>	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:	