

# ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

بزرگسالان (Adult)

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؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No)
نیاز به مترجم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> 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.
<b>Clinic Use Only:</b>			
Nutrition			
1	آیا روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کنید؟ (Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
2	آیا هر روز میوه و سبزیجات می خورید؟ (Eats fruits and vegetables every day?)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
4	آیا می توانید بر راحتی غذاهای سالم به میزان کافی در اختیار داشته باشید؟ (Easily able to get enough healthy food?)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
6	آیا اغلب بیش از اندازه یا کمتر از اندازه غذا می خورید؟ (Often eats too much or too little food?)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
7	آیا نگران وزن خود هستید؟ (Concerned about weight?)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
8	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 <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
Physical Activity			
9	آیا در محل زندگی خود احساس امنیت می کنید؟ (Feels safe where she/he lives?)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
Safety			
10	آیا اخیراً حادثه رانندگی داشته اید؟ (Any car accidents lately?)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
11	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 the last year?)	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>

صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا هنگام رانندگی یا سوار شدن در ماشین همیشه کمربند ایمنی خود را می بندید؟ (Always wears a seat belt when driving or riding in a car?)	12	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا در خانه یا محل زندگی خود تفنگ نگهداری می کنید؟ (Keeps a gun in house or place where she/he lives?)	13	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زنید؟ (Brushes and flosses teeth daily?)	14	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?)	15	Mental Health
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا اغلب از مشکلات خواب رنج می برید؟ (Often has trouble sleeping?)	16	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا سیگار می کشید یا توتون می جوید؟ (Smokes or chews tobacco?)	17	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/place where she/he lives?)	18	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا روزی 2 نوشیدنی الکلی یا بیشتر می نوشید؟ (Drinks 2 or more alcoholic drinks per day?)	19	
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?)	20	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا تصور می کنید شما یا شریک زندگی شما باردار هستید؟ (Thinks she/he or partner could be pregnant?)	21	Sexual Issues
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?)	22	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته بدون استفاده از روش های جلوگیری از بارداری رابطه جنسی داشته اید؟ (She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?)	23	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته با افراد دیگر نیز رابطه جنسی داشته اید؟ (She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?)	24	

صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته بدون کاندوم رابطه جنسی داشته اید؟ (She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?)	25	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا هرگز مجبور به داشتن روابط جنسی شده اید یا برای برقراری روابط جنسی تحت فشار بوده اید؟ (Ever been forced or pressured to have sex?)	26	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی خود دارید؟ (Any other questions or concerns about health?)	27	

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"/> <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:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	