

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر عام إلى عامين (1 - 2 Years)

اسم الطفل (الأول والأخير)	تاريخ الميلاد	أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	تاريخ اليوم	هل يتم رعاية الطفل من قبل أحد غير الوصي القانوني عليه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الشخص الذي يقوم بملء النموذج	الوصي القانوني <input type="checkbox"/>	أحد الأصدقاء <input type="checkbox"/>	أحد الأقارب <input type="checkbox"/>	أحد الوالدين <input type="checkbox"/>
			علاقة أخرى (حدد) <input type="checkbox"/>	هل تريد المساعدة في بيانات الاستمارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

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

1	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تقومين بإرضاع طفلك رضاعة طبيعية؟ (Breastfeed child?)	١
2	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 التوفو؟ (Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?)	٢
3	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يتناول طفلك الخضروات والفاكهة مرتين في اليوم على الأقل؟ (Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?)	٣
4	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
5	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يشرب طفلك أكثر من كوب صغير (٤ - ٦ أونصة) من العصير في اليوم؟ (Child drinks more than one small cup of juice per day?)	٥
6	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 drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?)	٦
7	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يلعب طفلك بنشاط خلال معظم أيام الأسبوع؟ (Child plays actively most days of the week?)	٧
8	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تهتمين بوزن طفلك؟ (Concerned about child's weight?)	٨
9	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يشاهد طفلك التلفاز أو يلعب ألعاب الفيديو؟ (Child watches TV or plays video games?)	٩
10	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل لديك في منزلك كاشف فعّال للدخان؟ (Home has working smoke detector?)	١٠
11	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتكون دافئة (أقل من ١٢٠ درجة)؟ (Water temperature turned down to low-warm?)	١١
12	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	إذا كان منزلك يتكون من أكثر من طابق، فهل وضعتي أقفالاً للسلامة على النوافذ وأبوابًا للدراج؟ (Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?)	١٢
13	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تحتفظين بمواد التنظيف والأدوية والتقاب في مكان محكم الغلق وبعيدة عن متناول الأطفال؟ (Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?)	١٣

Physical Activity

Safety

14	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل سجلت رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم على تليفون المنزل ؟(800-222-1222) (Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?)	١٤	
15	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تبقيين مع طفلك بينما يكون/تكون في حوض الاستحمام؟ (Always stays with child when in the bathtub?)	١٥	
16	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تقومين بوضع طفلك في مقعد السيارة الخاص بالأطفال في الخلف؟ (Always places child in a rear facing car seat in the back seat?)	١٦	
17	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تستخدمين مقعد السيارة المناسب لعمر وحجم طفلك؟ (Car seat used is correct size for age and size of child?)	١٧	
18	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تقومين دائماً بالتأكد من وجود الأطفال قبل الرجوع بالسيارة إلى الخلف؟ (Always checks for children before backing car out?)	١٨	
19	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?)	١٩	
20	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتاً بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ (Child spends time in home where a gun is kept?)	٢٠	
21	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?)	٢١	
22	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تساعدن طفلك في تنظيف أسنانه/أسنانها يومياً باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ (Child is helped to brush and floss teeth daily?)	٢٢	Dental Health
23	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتاً مع أحد المدخنين؟ (Child spends time with anyone who smokes?)	٢٣	Tobacco Exposure
24	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ (Any other questions or concerns about child's health, development or behavior?)	٢٤	

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

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