

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر ٥ إلى ٨ سنوات
(5 - 8 Years)

اسم الطفل (الأول والأخير)	تاريخ الميلاد	أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	تاريخ اليوم	الطفل في أي صف دراسي؟
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)	هل يحضر الطفل إلى المدرسة بانتظام؟ <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 مصادقة 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 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?)	١
2	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يتناول طفلك الخضروات والفاكهة مرتين في اليوم على الأقل؟ (Child eats fruits and vegetables at least two times per day?)	٢
3	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يتناول طفلك الأطعمة المشبعة بالدهون مثل الطعام المقلي أو رقائق البطاطس أو المتلجئات أو البيتزا أكثر من مرة في الأسبوع؟ (Child eats high fat foods more than once per week?)	٣
4	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?)	٤
5	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/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?)	٥
				Physical Activity	
6	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يلعب طفلك بنشاط خلال معظم أيام الأسبوع؟ (Child exercises or plays sports most days of the week?)	٦
7	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تهتمين بوزن طفلك؟ (Concerned about child's weight?)	٧
8	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يشاهد طفلك التلفاز أو يلعب ألعاب الفيديو لأقل من ساعتين في اليوم؟ (Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)	٨
				Safety	
9	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل لديك في منزلك كاشف فعّال للدخان؟ (Home has a working smoke detector?)	٩
10	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?)	١٠
11	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل سجلت رقم مركز مكافحة السموم وهو (800-222-1222) على تليفون المنزل؟ (Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?)	١١
12	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تقومين بوضع طفلك في مقعد التعزيز بالخلف (أو تقومين باستخدام حزام الأمان إذا كان طفلك أطول من ١٤٥ سم)؟ (Always places child in booster seat in back seat, or uses a seat belt if child is over 4'9"?)	١٢
13	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتًا بالقرب من حمام السباحة أو النهر أو البحيرة؟ (Child spends time near a swimming pool, river, or lake?)	١٣

14	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتاً بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ (Child spends time in home where a gun is kept?)	١٤	
15	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتاً مع أي شخص يملك مسدساً أو سكيناً أو أي سلاح آخر؟ (Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)	١٥	
16	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?)	١٦	
17	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تعرض طفلك لإساءة المعاملة أو العنف من قبل؟ (Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?)	١٧	
18	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل قام أحد بضرب طفلك أو قام هو بضرب أي شخص العام الماضي؟ (Has child been hit or hit someone in the past year?)	١٨	
19	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل شعر طفلك بالخوف أو عدم الأمان في المدرسة أو في الحي (أو قام أحد بتخويفه عن طريق الإنترنت)؟ (Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood, (or been cyber-bullied))?	١٩	
20	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يقوم طفلك بتنظيف أسنانه/أسنانها يومياً باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ (Child brushes and flosses teeth daily?)	٢٠	Dental Health
21	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يبدو على طفلك أحياناً علامات الحزن والإحباط؟ (Child often seems sad or depressed?)	٢١	Mental Health
22	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يقضي طفلك وقتاً مع أحد المدخنين؟ (Child spends time with anyone who smokes?)	٢٢	Tobacco Exposure
23	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 or behavior?)	٢٣	

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:
PCP's Signature			Print Name:		Date:
PCP's Signature			Print Name:		Date: