

## تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الشباب في سن الرشد (Adult)

تاريخ اليوم		<input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ الميلاد	اسم المريض (الأول والأخير)
هل تريد المساعدة في بيانات الاستمارة؟		<input type="checkbox"/> أحد أفراد العائلة	<input type="checkbox"/> أحد الأصدقاء	اسم الشخص الذي يملء النموذج (إذا رغب المريض في المساعدة)
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		يرجى التحديد		
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؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
<b>Clinic Use Only:</b>				
Nutrition				
1	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تتناول ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطيبة أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ (Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?)
2	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تأكل الفاكهة والخضراوات كل يوم؟ (Eats fruits and vegetables every day?)
3	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تقلل من كمية الأطعمة المقلية أو الأطعمة السريعة التي تتناولها؟ (Limits the amount of fried food or fast food eaten?)
4	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل يمكنك الحصول على الأطعمة الصحية الكافية بسهولة؟ (Easily able to get enough healthy food?)
5	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تشرب المياه الغازية أو العصائر أو مشروبات الرياضة أو الطاقة معظم أيام الأسبوع؟ (Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?)
6	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تأكل كميات كثيرة أم كميات قليلة من الطعام؟ (Often eats too much or too little food?)
7	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تهتم بوزنك؟ (Concerned about weight?)
Physical Activity				
8	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تتمرن أو تمارس بعض الأنشطة مثل المشي أو زراعة الحدائق أو السباحة لمدة نصف ساعة في اليوم؟ (Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?)
Safety				
9	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تشعر بالأمان في مكان سكنك؟ (Feels safe where she/he lives?)
10	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تعرضت لحادث سيارة مؤخرًا؟ (Any car accidents lately?)
11	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل قام أحد بضربك أو صفعك أو ركلك أو تم الاعتداء عليك جسديًا خلال العام الماضي؟ (Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?)

12	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل دائماً ما ترتدي حزام الأمان عندما تقود السيارة؟ (Always wears a seat belt when driving or riding in a car?)	١٢	
13	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تحتفظ بمسدس في منزلك أو في المكان الذي تعيش فيه؟ (Keeps a gun in house or place where she/he lives?)	١٣	
14	تجاهل (Skip)	لا (No)	نعم (Yes)	هل تقوم بتنظيف أسنانك يومياً باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ (Brushes and flosses teeth daily?)	١٤	Dental Health
15	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تشعر أحياناً بالحزن أو باليأس أو بالغضب أو بالقلق؟ (Often feels sad, hopeless, angry, or worried?)	١٥	Mental Health
16	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تعاني أحياناً من الأرق في النوم؟ (Often has trouble sleeping?)	١٦	
17	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تدخن أو تمضغ التبغ؟ (Smokes or chews tobacco?)	١٧	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل يدخن الأصدقاء أو أفراد العائلة في المنزل أو في المكان الذي تعيش فيه؟ (Friends/family members smoke in house/place where she/he lives?)	١٨	
19	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	في السنة الماضية، هل كنت: ○ (الرجال) تشرب خمس أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم؟ ○ (النساء) تشربين أربع أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم؟	١٩	
20	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تستخدم أي مخدرات أو أدوية لتنام أو تسترخي أو تهدأ أو تشعر بتحسن أو تفقد الوزن؟ (Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?)	٢٠	
21	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تعتقد أنك أنت أو شريكك تريدان الإنجاب؟ (Thinks she/he or your partner could be pregnant?)	٢١	Sexual Issues
22	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل تعتقد أنك تعاني أنت أو شريكك من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل المتندثرة أو مرض السيلان أو التآليل التناسلية، إلخ؟ (Thinks she/he or partner could have an STI?)	٢٢	
23	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس بدون وسائل تنظيم النسل خلال العام الماضي؟ (She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?)	٢٣	
24	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس مع أشخاص آخرين خلال العام الماضي؟ (She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?)	٢٤	

25	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل مارست الجنس أنت أو أحد من شركائك بدون واقٍ ذكري خلال العام الماضي؟ (She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?)	٢٥
26	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل أُجبرت من قبل أو تم الضغط عليك لممارسة الجنس؟ (Ever been forced or pressured to have sex?)	٢٦
27	تجاهل (Skip)	نعم (Yes)	لا (No)	هل لديك أية مخاوف أو استفسارات تتعلق بصحتك؟ (Any other questions or concerns about health?)	٢٧

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

<b>Clinic Use Only</b>	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:	