

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

0 – 6 ամիս (0 – 6 Months)

Երեխայի անունը և ազգանունը	Ծննդյան թվականը	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	Այսօրվա ամսաթիվը	Հաճախո՞ւմ է երեխաների խնամքի հաստատություն/մանկ ապարտեզ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Ձևաթուղթը լրացնող անձը <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Բարեկամ <input type="checkbox"/> Ընկեր <input type="checkbox"/> Խնամակալ <input type="checkbox"/> Այլ (նշել)				Ձևաթուղթը լրացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Ձևաթղթի բոլոր հարցերին պատասխանեք հնարավորինս մանրամասնորեն: Շրջանակի մեջ առեք «Բաց թողնել» բառը, եթե չգիտեք պատասխանը կամ չեք ցանկանում պատասխանել: Անպայման խոսեք Ձեր բժշկի հետ, եթե այս ձևաթղթի հետ կապված որևէ հարց ունենաք: Պատասխանները, որպես Ձեր բժշկական արձանագրության մի մաս, պաշտպանված կլինեն:

Բանավոր թարգմանչի կարիքն ունե՞ք:
 Այո Ոչ

Clinic Use Only:
Nutrition

1	Դուք կրծքով կերակրո՞ւմ եք Ձեր երեխային: <i>Breastfeeds baby?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Physical Activity
2	Դուք մտահոգվա՞ծ եք Ձեր երեխայի քաշով: <i>Concerned about baby's weight?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
3	Ձեր երեխան հեռուստացույց նայո՞ւմ է: <i>Baby watches any TV?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
4	Ձեր տանը տեղադրվա՞ծ է ծխի աշխատող դետեկտոր: <i>Home has working smoke detector?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
5	Դուք իջեցրե՞լ եք Ձեր ջրի ջերմաստիճանը ցածր տաքի (120 աստիճանից պակաս): <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	

6	<p>Եթե Ձեր տունը մեկ հարկից ավելի է, Դուք ունե՞ք անվտանգության պաշտպանիչներ պատուհանների և դարպասներ աստիճանավանդակի վրա: <i>Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
7	<p>Ձեր տանը մաքրող նյութերը, դեղորայքը և լուցկին կողպված տեղում են պահվում: <i>Cleaning supplies, medicines and matches locked away?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
8	<p>Ձեր տանը՝ հեռախոսի մոտ փակցված է Տոքսիկոլոգիական կենտրոնի հեռախոսահամարը (800-222-1222): <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
9	<p>Դուք մի՞շտ եք պառկեցնում Ձեր երեխային մեջքի վրա քնելու: <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
10	<p>Դուք միշտ մնում եք Ձեր երեխայի հետ, երբ նա լողարանում է: <i>Always stays with baby in the bathtub?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
11	<p>Ձեր երեխային մի՞շտ եք նստացնում ավտոմեքենայի հետևի նստատեղին տեղադրված հետև նայող մանկական նստատեղում: <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
12	<p>Ավտոմեքենայի մանկական նստատեղը, որը Դուք օգտագործում եք, համապատասխանում է Ձեր երեխայի տարիքին և չափսին: <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
13	<p>Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնում է մի տան մեջ, որտեղ հրացան է պահվում: <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>

14	<p>Դուք տալի՞ս եք Ձեր երեխային շիշ, որտեղ արհեստական կերից, կրծքի կաթից կամ ջրից բացի այլ բան կա: <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Dental Health
15	<p>Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնո՞ւմ է ծխող անձի հետ: <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
16	<p>Ձեր երեխայի առողջությանը, զարգացմանը կամ վարքին վերաբերող այլ հարցեր կամ մտահոգություններ ունե՞ք: <i>Any other questions or concerns about baby's health, development or behavior?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Other Questions

Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.

<i>Clinic Use Only</i>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Physical Activity <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Dental Health <input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date: