

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 ե 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 անցկացնու՞մ 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: |