

Оценка усилий по сохранению здоровья

(Staying Healthy Assessment)

0 – 6 месяцев (0 – 6 Months)

Имя и фамилия ребенка	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Девочка <input type="checkbox"/> Мальчик	Сегодняшняя дата:	Посещает ясли/детский сад? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Имя заполняющего анкету	<input type="checkbox"/> Мать/отец <input type="checkbox"/> Попечитель <input type="checkbox"/> Иное (укажите)	<input type="checkbox"/> Родственник	<input type="checkbox"/> Друг	Нужна ли Вам помощь с заполнением анкеты? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

По мере возможности дайте ответы на все вопросы анкеты. Если Вы не знаете ответ или не желаете отвечать на вопрос, обведите кружком слово «Пропустить». При появлении вопросов по поводу каких-либо пунктов данной анкеты обязательно обратитесь к своему врачу. Ваши ответы конфиденциальны и являются частью Вашей медицинской карты.

Нужен ли Вам переводчик?
 Да Нет

Clinic Use Only:

					Nutrition
1	Кормите ли Вы ребенка грудью? <i>Breastfeeds baby?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
2	Обеспокоены ли Вы весом ребенка? <i>Concerned about baby's weight?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Physical Activity
3	Смотрит ли ребенок телевизор? <i>Baby watches any TV?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
4	Установлена ли у Вас дома находящаяся в рабочем состоянии пожарная сигнализация? <i>Home has working smoke detector?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Safety
5	Установлен ли у Вас регулятор температуры горячей воды в положение «низкий уровень – теплая», на температуру менее 48,8 °C (120 градусов по Фаренгейту)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
6	Если в Вашем доме более одного этажа, установлены ли в нем защитные оконные решетки и предохранительные ворота на лестницах? <i>Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
7	Заперты ли у Вас дома в безопасном месте моющие средства, лекарства и спички? <i>Cleaning supplies, medicines and matches locked away?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
8	Записан ли у Вас дома рядом с телефонным аппаратом номер телефона Центра помощи при отравлениях (Poison Control Center) (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

9	Вы всегда укладываете ребенка спать в одном положении – лежа на спине? <i>Always puts baby to sleep on her/his back?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
10	Постоянно ли Вы находитесь рядом с ребенком во время его купания в ванне? <i>Always stays with baby in the bathtub?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
11	При поездке в автомобиле находится ли Ваш ребенок постоянно на заднем сиденье в автокресле, зафиксированном в положении лицом против хода автомобиля? <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
12	Соответствует ли автокресло возрасту и росту ребенка? <i>Car seat used is correct size for age and size of baby?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
13	Бывает ли Ваш ребенок в доме, где хранится огнестрельное оружие? <i>Baby spends time in home where a gun is kept?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
14	Даете ли Вы ребенку бутылочку, наполненную чем-либо иным, кроме детского питания, материнского молока или воды? <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Dental Health
15	Находится ли ребенок в окружении курящих? <i>Baby spends time with anyone who smokes?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
16	Есть ли у Вас дополнительные вопросы или опасения относительно здоровья, развития и поведения своего ребенка? <i>Any other questions or concerns about baby's health, development or behavior?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Other Questions

Если «да», укажите:

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"/> Patient Declined the SHA
<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"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date: