

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

7 – 12 ամիս (7 – 12 Months)

| | | | | |
|----------------------------|-----------------|--|------------------|---|
| Երեխայի անունը և ազգանունը | Ծննդյան թվականը | <input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական | Այսօրվա ամսաթիվը | Հաճախո՞ւմ է երեխաների խնամքի հաստատություն/ մանկապարտեզ <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> | Nutrition |
| 2 | Ձեր երեխան ուտո՞ւմ է օրական առնվազն 3 կերակրաչափ կալցիումով հարուստ ուտեստներ, օրինակ՝ արհեստական կեր, կրծքի կաթ, պանիր, մածուն, սոյայի կաթ կամ թոֆու: <i>Baby drinks/eats 3 serving of calcium rich foods daily?</i> | Այո <i>Yes</i> | Ոչ <i>No</i> | Բաց թողնել <i>Skip</i> | |
| 3 | 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> | Physical Activity |
| 4 | 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> | |
| 5 | 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> | Safety |
| 6 | 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> | |

| | | | | |
|----|---|-------------------|-------------------|---------------------------|
| 7 | <p>Եթե Ձեր տունը մեկ հարկից ավելի է, Դուք ունե՞ք անվտանգության պաշտպանիչներ պատուհանների և դարպասներ աստիճանավանդակի վրա: <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i></p> | Այո <i>Yes</i> | Ոչ <i>No</i> | Բաց թողնել <i>Skip</i> |
| 8 | <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> |
| 9 | <p>Ձեր տանը՝ հեռախոսի մոտ փակցվա՞ծ է Տոքսիկոլոգիական կենտրոնի հեռախոսահամարը (800-222-1222): <i>Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?</i></p> | Այո <i>Yes</i> | Ոչ <i>No</i> | Բաց թողնել <i>Skip</i> |
| 10 | <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> |
| 11 | <p>Դուք միշտ մնու՞մ եք Ձեր երեխայի հետ, երբ նա լողաբանում է: <i>Always stays with baby when in the bathtub?</i></p> | Այո <i>Yes</i> | Ոչ <i>No</i> | Բաց թողնել <i>Skip</i> |
| 12 | <p>Դուք մի՞շտ եք դնում Ձեր երեխային հետև նայող ավտոմեքենայի մանկական նստատեղի մեջ՝ հետևի նստատեղին: <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> |
| 13 | <p>Ավտոմեքենայի մանկական նստատեղը, որը Դուք օգտագործում եք, համապատասխանու՞մ 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> |
| 14 | <p>Ձեր երեխան անցկացնու՞մ է ժամանակ լողավազանի, գետի կամ լճի մոտ: <i>Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?</i></p> | Ոչ <i>No</i> | Այո <i>Yes</i> | Բաց թողնել <i>Skip</i> |
| 15 | <p>Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնու՞մ է մի տան մեջ, որտեղ հրացան է պահվում: <i>Baby spends time in a home where a gun is kept?</i></p> | Ոչ <i>No</i> | Այո <i>Yes</i> | Բաց թողնել <i>Skip</i> |

| | | | | | |
|----|--|-----------------|-------------------|---------------------------|------------------|
| 16 | <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 |
| 17 | <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 |
| 18 | <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.

| 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: |