

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر 9 إلى 11 سنة
(9 – 11 Years)

الطفل في أي صف دراسي:	تاريخ اليوم	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> نكر	تاريخ الميلاد	اسم الطفل (الأول والأخير)
هل يحضر الطفل إلى المدرسة بانتظام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> أحد الأقارب <input type="checkbox"/> أحد الأصدقاء <input type="checkbox"/> الوصي القانوني	الشخص الذي يقوم بملء النموذج		
علاقة أخرى (حدد) <input type="checkbox"/>				

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 ملاحظة الطبيب إذا كان لديك أية استفسارات حول هذا النموذج. ستكون إجاباتك محفوظة كجزء من سجلك الطبي.

هل تحتاج إلى مترجم؟

نعم لا

Clinic Use Only:

			Nutrition	
1	هل يتناول طفلك ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطيبة أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
2	هل يتناول طفلك الخضروات والفاكهة مرتين في اليوم على الأقل؟ Child eats fruits and vegetables at least two times per day?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
3	هل يتناول طفلك الأطعمة المشبعة بالدهون مثل الطعام المقلي أو رقائق البطاطس أو المتلجات أو البيتزا أكثر من مرة في الأسبوع؟ Child eats high fat foods more than once per week?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
4	هل يشرب طفلك أكثر من كوب (8 أونصة) من العصير في اليوم؟ Child drinks more than one cup of juice per day?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
5	هل يشرب طفلك المشروبات الغازية أو العصائر أو مشروبات الرياضة أو مشروبات الطاقة أو أية مشروبات محلاة أخرى أكثر من مرة في الأسبوع؟ Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
			Physical Activity	
6	هل يتمرن طفلك أو يمارس الرياضة خلال معظم أيام الأسبوع؟ Child exercises or plays sports most days of the week?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
7	هل تهتمين بوزن طفلك؟ Concerned about child's weight?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
8	هل يشاهد طفلك التلفاز أو يلعب ألعاب الفيديو لأقل من ساعتين في اليوم؟ Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
			Safety	
9	هل لديك في منزلك كاشف فعّال للدخان؟ Home has a working smoke detector?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
10	هل سجلت رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم على تليفون المنزل (800-222-1222)؟ Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip

تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل دائماً ما يستخدم طفلك حزام الأمان في المقعد الخلفي (أو يستخدم مقعد التعزيز إذا كان أقل من 145 سم)؟ Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?	11	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتاً بالقرب من حمام السباحة أو النهر أو البحيرة؟ Child spends time near a swimming pool, river, or lake?	12	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتاً بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ Child spends time in home where a gun is kept?	13	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتاً مع أي شخص يملك مسدساً أو سكيناً أو أي سلاح آخر؟ Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?	14	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل دائماً ما يرتدي طفلك خوذة أثناء ركوب الدراجة أو لوح التزلج أو السكوتر؟ Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?	15	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعرض طفلك لإساءة المعاملة أو العنف من قبل؟ Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?	16	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل قام أحد بضرب طفلك أو قام هو بضرب أي شخص العام الماضي؟ Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?	17	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل شعر طفلك بالخوف أو عدم الأمان في المدرسة أو في الحي (أو قام أحد بتخويفه عن طريق الإنترنت)؟ Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?	18	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل يقوم طفلك بتنظيف أسنانه/أسنانها يومياً باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ Child brushes and flosses teeth daily?	19	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يبدو على طفلك أحياناً علامات الحزن والاحباط؟ Child often seems sad or depressed?	20	Mental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتاً مع أحد المدخنين؟ Child spends time with anyone who smokes?	21	Alcohol, Tobacco, Drug Use
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل قام طفلك بالتدخين أو مضغ التبغ؟ Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?	22	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك مخاوف أن يقوم طفلك بتعاطي المخدرات أو استنشاق مواد أخرى مثل الصمغ للوصول إلى حالة النشوى؟ Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?	23	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك مخاوف أن يقوم طفلك بشرب الكحول مثل البيرة أو النبيذ أو عصائر مزودة بنبيذ أو مشروب كحولي؟ Concerned that child may be drinking alcohol?	24	

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يعاني أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء من مشكلة مع المخدرات أو الكحول؟ Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?	25	Sexual Issues
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقوم طفلك بالخروج مع أو مواعدة صديق/صديقة؟ Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?	26	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أنه من الممكن أن يمارس طفلك الجنس؟ Thinks child might be sexually active?	27	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ Questions or concerns about child's health or behavior?	28	Other Questions

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

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"/> 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:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	