

# تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

## الطفل من عمر 9 إلى 11 سنة

(Senior)

اسم المريض (الأول والأخير)	تاريخ الميلاد	أنثى <input type="checkbox"/>	تاريخ اليوم
		ذكر <input type="checkbox"/>	
اسم الشخص الذي يملء النموذج (إذا رغب المريض في المساعدة)	لا لاقه أخرى <input type="checkbox"/>	أحد الأصدقاء <input type="checkbox"/>	أحد أفراد العائلة <input type="checkbox"/>
			هل تريد المساعدة في بيانات الاستمارة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
		يُرجى التحديد	

هل تحتاج إلى مترجم؟  
لا  نعم

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

			Clinic Use Only:
			Nutrition
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	1 هل تتناول ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطبية أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	2 هل تأكل الفاكهة والخضراوات كل يوم؟ Eats fruits and vegetables every day?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	3 هل تقلل من كمية الأطعمة المقلية أو الأطعمة السريعة التي تتناولها؟ Limits the amount of fried food or fast food eaten?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	4 هل يمكنك الحصول على الأطعمة الصحية الكافية بسهولة؟ Easily able to get enough healthy food?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	5 هل تشرب المياه الغازية أو العصائر أو مشروبات الرياضة أو الطاقة معظم أيام الأسبوع؟ Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	6 هل تأكل كميات كثيرة أم كميات قليلة من الطعام؟ Often eats too much or too little food?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	7 هل تواجه صعوبة في المضغ أو البلع؟ Has difficulty chewing or swallowing?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	8 هل تهتم بوزنك؟ Concerned about weight?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	9 هل تتمرّن أو تمارس بعض الأنشطة مثل المشي أو زراعة الحدائق أو السباحة لمدة نصف ساعة في اليوم؟ Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	10 هل تشعر بالأمان في المكان الذي تعيش فيه؟ Feels safe where she/he lives?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	11 هل أحياناً تواجه مشاكل فيما يتعلق بحفظ ومتابعة أدويةك؟ Often has trouble keeping track of medicines?
			Safety

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يخشى أفراد العائلة أو الأصدقاء على طريقة قيادتك للسيارة؟ Family members/friends worried about her/his driving?	12	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعرضت لأي حوادث سيارات مؤخرًا؟ Any car accidents lately?	13	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تقع أحيانًا وتؤدي نفسك أم تواجه صعوبة في النهوض؟ Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?	14	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل قام أحد بضربك أو صفعك أو ركلك أو تم الاعتداء عليك جسديًا خلال العام الماضي؟ Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?	15	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تحتفظ بمسدس في منزلك أو في المكان الذي تعيش فيه؟ Keeps a gun in house/place where she/he lives?	16	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقوم بتنظيف أسنانك يوميًا باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ Brushes and flosses teeth daily?	17	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تشعر أحيانًا بالحزن أو باليأس أو بالغضب أو بالقلق؟ Often feels sad, hopeless, angry, or worried?	18	Mental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعاني أحيانًا من الأرق عند النوم؟ Often has trouble sleeping?	19	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أنت أو يعتقد آخرون أنك تعاني من مشكلة في تذكر الأشياء؟ Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?	20	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تدخن أو تمضغ التبغ؟ Smokes or chews tobacco?	21	Alcohol, Tobacco, Drug Use
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يدخن الأصدقاء أو أفراد العائلة في المنزل أو في المكان الذي تعيش فيه؟ Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?	22	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	في السنة الماضية، هل كنت: ○ (الرجال) تشرب خمس أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم؟ ○ (النساء) تشربين أربع أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم؟ In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?	23	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تستخدم أي مخدرات أو أدوية لتنام أو تسترخي أو تهدأ أو تشعر بتحسن أو تفقد الوزن؟ Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?	24	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أنك تعاني أنت أو شريكك من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل المتدثرة أو مرض السيلان أو التاليل التناسلية، إلخ؟ Thinks she/he or partner could have an STI?	25	Sexual Issues

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس مع أشخاص آخرين خلال العام الماضي؟ <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	26	Independent Living
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست الجنس أنت أو أحد من شركائك بدون واقٍ ذكري خلال العام الماضي؟ <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	27	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل أجبرت من قبل أو تم الضغط عليك لممارسة الجنس؟ <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	28	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل يساعدك أحد في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتك ورعايتك الطبية؟ <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	29	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تحتاج للمساعدة في الاستحمام أو الأكل أو المشي أو ارتداء الملابس أو في استعمال الحمام؟ <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	30	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تعرف شخصًا يمكنك الاتصال به لمساعدتك في حالات الطوارئ؟ <i>Has someone to call when she/he needs help in an emergency?</i>	31	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أية مخاوف أو استفسارات تتعلق بصحتك؟ <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	32	

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

<b>Clinic Use Only</b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<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"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	
PCP's Signature:	Print Name:			Date:	