

# ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

## ساختوردگان (Senior)

تاریخ امروز	<input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر	تاریخ تولد	نام بیمار (نام و نام خانوادگی)
برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> فامیل	شخص تکمیل کننده فرم (اگر بیمار نیاز به کمک دارد) لطفاً شرح دهید:	
نیاز به مترجم دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			<b>Clinic Use Only:</b> Nutrition
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کنید؟ <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا هر روز میوه و سبزیجات می خورید؟ <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا مصرف غذاهای سرخ کردنی یا فست فود (غذای فوری) را محدود کرده اید؟ <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا می توانید بر راحتی غذاهای سالم به میزان کافی در اختیار داشته باشید؟ <i>Easily able to get enough healthy food?</i>
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا در بیشتر روزهای هفته نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی یا انرژی زا می نوشید؟ <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اغلب بیش از اندازه یا کمتر از اندازه غذا می خورید؟ <i>Often eats too much or too little food?</i>
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا جویدن یا بلعیدن برای شما مشکل است؟ <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا نگران وزن خود هستید؟ <i>Concerned about weight?</i>
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا روزی حداقل 1/2 ساعت نرمش می کنید یا به فعالیت هایی چون پیاده روی، باغبانی، شنا می پردازید؟ <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا در محل زندگی خود احساس امنیت می کنید؟ <i>Feels safe where she/he lives?</i>
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اغلب مصرف داروهای خود را فراموش می کنید؟ <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>

صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا دوستان یا فامیل نگران رانندگی کردن شما هستند؟ Family members/friends worried about her/his driving?	12	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اخیراً حادثه رانندگی داشته اید؟ Any car accidents lately?	13	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا پیش می آید که زمین بخورید و آسیب ببینید، یا بلند شدن برای شما مشکل باشد؟ Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?	14	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا در سال گذشته کسی شما را کتک، سیلی، یا لگد زده یا مورد آزار جسمانی قرار داده است؟ Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?	15	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا در خانه یا محل زندگی خود تفنگ نگهداری می کنید؟ Keeps a gun in house/place where she/he lives?	16	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زنید؟ Brushes and flosses teeth daily?	17	Dental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اغلب غمگین، نا امید، عصبانی یا نگران هستید؟ Often feels sad, hopeless, angry, or worried?	18	Mental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اغلب از مشکلات خواب رنج می برید؟ Often has trouble sleeping?	19	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا شما یا دیگران فکر می کنید که به یاد آوردن چیزها برای تان دشوار شده است؟ Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?	20	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا سیگار می کشید یا توتون می جوید؟ Smokes or chews tobacco?	21	Alcohol, Tobacco, Drug Use
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا دوستان یا فامیل در خانه یا محل زندگی شما سیگار می کشند؟ Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?	22	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا در سال گذشته 4 یا بیشتر نوشیدنی الکلی در یک روز مصرف کرده اید؟ In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?	23	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا برای کمک به خوابیدن، آرامش، آرام شدن، احساس بهتر داشتن یا کاهش وزن مواد یا داروهای مصرف می کنید؟ Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?	24	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فکر می کنید شما یا شریک زندگی شما ممکن است به یک بیماری مقاربتی (STD) مانند کلامیدیا، سوزاک، تاول های ناحیه دستگاه تناسلی و غیره مبتلا باشید؟ Thinks she/he or partner could have an STI?	25	Sexual Issues

صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته با افراد دیگر نیز رابطه جنسی داشته اید؟ <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	26	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته بدون کاندوم رابطه جنسی داشته اید؟ <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	27	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا هرگز مجبور به داشتن روابط جنسی شده اید یا برای برقراری روابط جنسی تحت فشار بوده اید؟ <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	28	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا کسی را دارید که در تصمیم گیری های مربوط به سلامتی و مراقبت های درمانی به شما کمک کند؟ <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	29	Independent Living
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا برای استحمام، غذا خوردن، راه رفتن، لباس پوشیدن، یا استفاده از دستشویی کمک لازم دارید؟ <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	30	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا کسی را دارید که در مواقع اضطراری که کمک لازم است با او تماس بگیرید؟ <i>Has someone to call when needs help in an emergency?</i>	31	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی خود دارید؟ <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	32	Other questions

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید:

<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:	