

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الرضيع من عمر 0 6 شهور (0 – 6 Months)

اسم الطفل (الأول والأخير)			تاريخ الميلاد	تاريخ اليوم	هل يتم رعاية الطفل من قبل أحد غير الوصي القانوني عليه؟
الشخص الذي يقوم بملء النموذج			أحد الوالدين ()		هل تريد المساعدة في بيانات
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.					هل تحتاج إلى مترجم؟
Clinic Use Only:					
Nutrition					
تجاهل Skip	No	Yes	هل تقومين بإرضاع طفلك رضاعة طبيعية؟ Do you breastfeed your baby?		1
تجاهل Skip	Yes	No	هل تهتمين بوزن طفلك؟ Are you concerned about your baby's weight?		2
تجاهل Skip	Yes	No	هل يشاهد طفلك التلفاز؟ Does your baby watch any TV?		3
تجاهل Skip	No	Yes	هل لديك في منزلك كاشف فعال للدخان؟ Does your home have a working smoke detector?		4
تجاهل Skip	No	Yes	هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتكون دافئة (أقل من 120) Have you turned your water temperature down to low-warm (less than 120 degrees)?		5
تجاهل Skip	No	Yes	إذا كان منزلك يتكون من أكثر من طابق، فهل وضعتي أقفالاً للسلامة على If your home has more than one floor, do you have safety guards on the windows and gates for the stairs?		6
تجاهل Skip	No	Yes	هل تحتفظين بمواد التنظيف والأدوية والثقاب في مكان محكم الغلق وبعيدة عن Does your home have cleaning supplies, medicines, and matches locked away?		7
تجاهل Skip	No	Yes	هل سجلت رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم على تليفون المنزل- (800-222-1222) Does your home have the phone number of the Poison Control Center (800-222-1222) posted by your phone?		8
تجاهل Skip	No	Yes	هل تجعلين طفلك ينام على ظهره/ظهرها بشكل دائم؟ Do you always put your baby to sleep on her/his back?		9

تجاهل Skip	No	Yes	هل تبقيين مع طفلك بينما يكون/ Do you always stay with your baby when she/he is in the bathtub?	10	
تجاهل Skip	No	Yes	هل تقومين بوضع طفلك في مقعد السيارة الخاص بالأطفال في الخلف؟ Do you always place your baby in a rear facing car seat in the back seat?	11	
تجاهل Skip	No	Yes	هل تستخدمين مقعد السيارة المناسب لعمر وحجم طفلك؟ Is the car seat you use the right one for the age and size of your baby?	12	
تجاهل Skip	Yes	No	هل يقضي طفلك وقتًا بالمنزل بينما يوجد Does your baby spend time in a home where a gun is kept?	13	
تجاهل Skip	Yes	No	هل تقومين بإعطاء طفلك زجاجة بها أي شيء باستثناء التركيبة الغذائية أو المياه؟ Do you give your baby a bottle with anything except formula, breast milk, or water?	14	Dental Health
تجاهل Skip	Yes	No	هل يقضي طفلك وقتًا مع أحد المدخنين؟ Does your baby spend time with anyone who smokes?	15	Tobacco Exposure
تجاهل Skip	Yes	No	هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ Do you have any other questions or concerns about your baby's health, development, or behavior?	16	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"/> 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:	