

# ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

5 تا 8 سالگی (5 - 8 Years)

نام کودک (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	مونت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	تاریخ امروز	کلاس مدرسه
شخص تکمیل کننده فرم <input type="checkbox"/> ولی <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> قیم <input type="checkbox"/>				
نیاز به مترجم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				
بطور مرتب در مدرسه حضور دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				
سایر (لطفاً مشخص کنید) <input type="checkbox"/>				

لطفاً به تمام سوالات این فرم به بهترین نحوی که می توانید پاسخ دهید. اگر پاسخ را نمی دانید یا مایل نیستید پاسخ دهید دور "صرف نظر" دایره بکشید. اگر درباره هر موضوعی در این فرم سوال دارید با پزشک صحبت کنید. پاسخ هایی که می دهید بعنوان بخشی از سوابق پزشکی شما محافظت خواهند شد.

Clinic Use Only:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
آیا فرزند شما روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کند؟ <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	آیا فرزند شما حداقل روزی دو بار میوه و سبزیجات می خورد؟ <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	آیا فرزند شما بیش از هفته ای یکبار غذاهای پرچرب مانند غذاهای سرخ کرده، چیپس، بستنی یا پیتزا می خورد؟ <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	آیا فرزند شما بیش از یک فنجان کوچک (4 - 6 اونس) آبمیوه در روز می خورد؟ <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	آیا فرزند شما در هفته بیش از یک نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی، نوشیدنی های انرژی زا، یا سایر نوشیدنی های شیرین می خورد؟ <i>Child drinks soda, juice/sports/energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	آیا فرزند شما در بیشتر روزهای هفته به نرمش یا بازی های ورزشی می پردازد؟ <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	آیا نگران وزن فرزند خود هستید؟ <i>Concerned about child's weight?</i>	آیا فرزند شما کمتر از 2 ساعت در روز تلویزیون تماشا می کند یا به بازی های ویدیویی می پردازد؟ <i>(Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)</i>	آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ <i>Home has a working smoke detector?</i>	آیا دمای آب را به حد کمی-گرم پایین برده اید (کمتر از 120 درجه فارنهایت)؟ <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	آیا در خانه شما شماره تلفن مرکز کنترل سموم (800-222-1222) کنار تلفن نوشته شده است؟ <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	آیا همیشه فرزند خود را در صندلی عقب ماشین روی یک صندلی بوستر مخصوص کودکان قرار می دهید (یا اگر قد کودک بیش از 4'9" است از کمربند ایمنی استفاده می کنید)؟ <i>Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt if child is over 4'9"?)</i>	آیا فرزند شما نزدیک یک استخر شنا، دریاچه یا رودخانه وقت می گذراند؟ <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
Nutrition												
Physical Activity												
Safety												

صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما در خانه ای که یک تفنگ در آن نگهداری می شود وقت صرف می کند؟ <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	14	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما با کسی وقت می گذراند که تفنگ، چاقو یا سلاح های دیگر با خود حمل می کند؟ <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	15	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا فرزند شما هنگام دوچرخه سواری، اسکیت سواری و یا اسکوتر سواری همیشه از کلاه ایمنی استفاده می کند؟ <i>Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	16	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما هرگز شاهد یا قربانی بدرفتاری و یا خشونت بوده است؟ <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	17	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما در سال گذشته از کسی کتک خورده یا کسی را کتک زده است؟ <i>Has child been hit or hit someone in the past year?*</i>	18	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا هرگز پیش آمده که فرزند شما در مدرسه یا محله مورد زورگویی قرار بگیرد یا احساس امنیت نکند (یا مورد زورگویی اینترنتی قرار گرفته باشد)؟ <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	19	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا فرزند شما هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زند؟ <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	20	Dental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما اغلب غمگین و یا افسرده است؟ <i>Child often seems sad or depressed?</i>	21	Mental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما با کسی وقت می گذراند که سیگار می کشد؟ <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	22	Tobacco Exposure
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی یا رفتار فرزند خود دارید؟ <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?*</i>	23	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"/> 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"/>	
					<b>Patient Declined the SHA</b> <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:	