

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

12-17 տարեկան (12 – 17 Years)

Անունը և ազգանունը	Ծննդյան թվականը	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	Այսօրվա ամսաթիվը	Դպրոցի ո՞ր դասարանում է երեխան:
--------------------	-----------------	--	---------------------	------------------------------------

Ձևաթուղթը լրացնող անձը	<input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Բարեկամ <input type="checkbox"/> Ընկեր <input type="checkbox"/> Խնամակալ <input type="checkbox"/> Այլ (նշել)	Դպրոցի հաճախումներ Կանոնավոր են:
------------------------	--	-------------------------------------

Ձևաթղթի բոլոր հարցերին պատասխանեք հնարավորինս մանրամասնորեն: Շրջանակի մեջ առեք «Բաց թողնել» բառը, եթե չգիտեք պատասխանը կամ չեք ցանկանում պատասխանել: Անպայման խոսեք Ձեր բժշկի հետ, եթե այս ձևաթղթի հետ կապված որևէ հարց ունենաք: Պատասխանները, որպես Ձեր բժշկական արձանագրության մի մաս, պաշտպանված կլինեն:

Բանավոր
թարգմանչի
կարիքն ունե՞ք:
 Այո Ոչ

Clinic Use Only:
Nutrition

1	Դուք խմում կամ ուտո՞ւմ եք օրական առնվազն 3 կերակրաչափ կալցիումով հարուստ սնունդ, օրինակ՝ կաթ, պանիր, մածուն, սոյայի կաթ կամ թոֆու: <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Nutrition
2	Դուք ուտո՞ւմ եք մրգեր և բանջարեղեն օրական առնվազն երկու անգամ: <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
3	Դուք ուտո՞ւմ եք բարձր յուղայնությամբ սնունդ, օրինակ՝ տապակած ուտեստներ, չիպսեր, պաղպաղակ կամ պիցցա ավելի հաճախ, քան շաբաթը մեկ անգամ: <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
4	Դուք խմո՞ւմ եք օրական ավելի քան 12 ունցիա (գովացուցիչ ըմպելիքի 1 ալյումինե տարա) հյութ, սպորտային ըմպելիքներ, էներգետիկ ըմպելիքներ կամ այլ քաղցրացված սուրճ պարունակող ըմպելիքներ: <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
5	Դուք շաբաթվա գրեթե բոլոր օրերի՞ն եք մարզվում կամ սպորտային խաղեր խաղում: <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Physical Activity
6	Դուք մտահոգվա՞ծ եք Ձեր քաշով: <i>Concerned about weight?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
7	Դուք դիտո՞ւմ եք հեռուստացույց կամ համակարգչային խաղեր խաղում օրական 2 ժամից պակաս: <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
8	Ձեր տանը տեղադրվա՞ծ է ծխի աշխատող դետեկտոր: <i>Home has working smoke detector?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety

9	<p>Ձեր տանը՝ հեռախոսի մոտ փակցված է Տոքսիկոլոգիական կենտրոնի հեռախոսահամարը (800-222-1222): <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
10	<p>Երբ մեքենա եք վարում, Դուք միշտ եք կապում ամրագոտիները: <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
11	<p>Դուք ժամանակ անցկացնում եք մի տան մեջ, որտեղ զենք կա: <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
12	<p>Դուք ժամանակ անցկացնում եք որևիցե մեկի հետ, ով կրում է հրացան, դանակ կամ այլ տեսակի զենք: <i>Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
13	<p>Դուք միշտ եք կրում սաղավարտ երբ հեծանիվ, անվատադտակ կամ սկուտեր եք վարում: <i>Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
14	<p>Դուք երբևիցե եղել եք չարաշահման կամ բռնության ականատեսը: <i>Ever witnessed abuse or violence?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
15	<p>Վերջի տարվա ընթացքում Ձեզ ինչ-որ մեկը խփել, ապտակել, ոտքով հարվածել, ֆիզիկապես վնասել է (կամ Դուք ինչ-որ մեկին վնասել եք): <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
16	<p>Ձեզ երբևիցե ծաղրել են կամ Դուք անապահով զգացել եք դպրոցում կամ Ձեր թաղամասում (կամ ինտերնետային ծաղրի առարկա դարձել եք): <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
17	<p>Դուք ամեն օր խոզանակով և ատամնաբուժական թելով մաքրում եք ատամները: <i>Brushes and flosses teeth daily?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Dental Health
18	<p>Դուք հաճախ եք զգում տխրություն, ընկճվածություն կամ հուսահատություն: <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Mental Health
19	<p>Դուք ժամանակ անցկացնում եք ծխող որևէ անձի հետ: <i>Spends time with anyone who smokes?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	<p>Դուք ծխում եք սիգարետ կամ ծամում եք ծխախոտ: <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
21	<p>Հաճույք ստանալու համար Դուք օգտագործում կամ ներշնչում եք նյութեր, օրինակ՝ մարիխուանա, կոկային, քրեք, մետամֆետամին (մետ), էքստազի և այլն: <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use

22	Դուք օգտագործո՞ւմ եք Ձեզ չնշանակված դեղորայք: <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
23	Դուք օգտագործո՞ւմ եք ալկոհոլային խմիչքներ շաբաթական մեկ անգամ կամ ավելի հաճախ: <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
24	Եթե ալկոհոլային խմիչք եք օգտագործում, արդյո՞ք օգտագործում եք այնքան, որ արբեք կամ կորցնեք գիտակցությունը: <i>If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
25	Դուք ունե՞ք ընկերներ կամ ընտանիքի անդամներ, ովքեր խնդիրներ ունեն թմրադեղերի կամ ալկոհոլի հետ: <i>Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
26	Դուք վարո՞ւմ եք ավտոմեքենա ոգելից խմիչք օգտագործելուց հետո կամ նստո՞ւմ եք այն մեքենան, որի վարորդը ոգելից խմիչք է օգտագործել կամ թմրադեղերի ազդեցության տակ է: <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
Սեռական հարաբերությունների և ընտանիքի պլանավորման մասին Ձեր պատասխանները առանց Ձեր թույլտվության չեն ներկայացվի մեկ ուրիշին, ներառյալ Ձեր ծնողներին:					
27	Ձեզ երբևիցե բռնի կերպով կամ ճնշումներով պարտադրե՞լ են սեռական հարաբերություններ ունենալ: <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Sexual Issues
28	Դուք երբևիցե ունեցե՞լ եք սեռական հարաբերություններ (օրալ, հեշտոցային, հետանցքային): <i>Եթե ոչ, բաց թողեք այս հարցը՝ անցնելով հարց 35-ին:</i> <i>Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
29	Կարծո՞ւմ եք արդյոք, որ Դուք կամ Ձեր գուգրնկերը կարող եք ունենալ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ, օրինակ՝ իլամիդիա, գոնորեա, սեռական գորտնուկներ և այլն: <i>Thinks she/he or partner could have a STI?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
30	Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցե՞լ եք այլ մարդկանց հետ: <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
31	Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցե՞լ եք առանց հակաբեղմնավորիչ միջոցներ օգտագործելու: <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
32	Վերջին անգամ սեռական հարաբերություններ ունենալիս օգտագործե՞լ եք հակաբեղմնավորիչ միջոցներ: <i>Used birth control the last time she/he had sex?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	

33	<p>Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցել էք առանց պապանակի: <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
34	<p>Վերջին անգամ սեռական հարաբերություններ ունենալիս Դուք կամ Ձեր գուգրնկերը օգտագործել է պահպանակ: <i>She/he or partner used a condom the last time they had sex?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
35	<p>Հարցեր ունե՞ք Ձեր սեռական հակումի (ու՞մ եք գրավիչ գտնում) կասս սեռային ինքնության (ինչպես եք զգում որպես տղա, աղջիկ, կամ այլ սեռի պատկանող) կապակցությամբ: <i>Any questions about sexual orientation or gender identity?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
36	<p>Ձեր առողջությանը վերաբերող այլ հարցեր կամ մտահոգություններ ունե՞ք: <i>Do you have any questions about your sexual orientation (who you are attracted to) or gender identity (how you feel as a boy, girl, or other gender)?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Other Questions

Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Dental Health <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use <input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA </div>
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	