

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

12 تا 17 سالگی (12 - 17 Years)

نام کودک (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	<input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر	تاریخ امروز	کلاس مدرسه
شخص تکمیل کننده فرم	<input type="checkbox"/> ولی <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> قیم	بطور مرتب در مدرسه حضور دارد؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No)		
نیاز به مترجم دارید؟	<input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No)	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:				
Nutrition				
1	آیا روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کنید؟ (Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
2	آیا حداقل روزی 2 بار میوه و سبزیجات می خورید؟ (Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
3	آیا بیش از هفته ای یکبار غذاهای پرچرب مانند غذاهای سرخ کرده، چیپس، بستنی یا پیتزا می خورید؟ (Eats high fat foods more than once per week?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)
4	آیا در هفته بیش از 12 اونس (یک قوطی نوشابه) نوشیدنی های حاوی آمپوه، نوشیدنی های ورزشی، نوشیدنی های انرژی زا، یا نوشیدنی های محتوی قهوه شیرین می خورید؟ (Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)
Physical Activity				
5	آیا در بیشتر روزهای هفته به نرمش یا بازی های ورزشی می پردازید؟ (Exercises or plays sports most days of the week?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
6	آیا نگران وزن خود هستید؟ (Concerned about weight?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)
7	آیا کمتر از 2 ساعت در روز تلویزیون تماشا می کنید یا بازی های ویدیویی می پردازید؟ (Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
Safety				
8	آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ (Home has working smoke detector?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
9	آیا در خانه شما شماره تلفن مرکز کنترل سموم (800-222-1222) کنار تلفن نوشته شده است؟ (Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
10	آیا هنگام اتومبیل سواری همیشه کمربند ایمنی خود را می بندید؟ (Always wears a seatbelt when riding in a car?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
11	آیا شما در خانه ای وقت می گذرانید که یک تفنگ در آن نگهداری می شود؟ (Spends time in a home where a gun is kept?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)
12	آیا با کسی وقت می گذرانید که تفنگ، چاقو یا سلاح های دیگر با خود حمل می کند؟ (Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)	خیر (No)	بله (Yes)	صرف نظر (Skip)

13	آیا هنگام دوچرخه سواری، اسکیت سواری و یا اسکوتر سواری همیشه از کلاه ایمنی استفاده می کنید؟ (Always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
14	آیا هرگز شاهد بدرفتاری یا خشونت بوده اید؟ (Ever witnessed abuse or violence?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
15	آیا در سال گذشته کسی شما را کتک، سیلی، یا لگد زده یا مورد آزار جسمانی قرار داده است (یا شما یک نفر دیگر را مورد آزار جسمانی قرار داده اید)؟ (Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone in the past year?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
16	آیا هرگز پیش آمده که در مدرسه یا محله مورد زورگویی قرار بگیرید یا احساس امنیت نکنید (یا مورد زورگویی اینترنتی قرار گرفته باشید)؟ (Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
17	آیا هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زنید؟ (Brushes and flosses teeth daily?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	Dental Health
18	آیا اغلب غمگین، افسرده یا نا امید هستید؟ (Often feels sad, down, or hopeless?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	Mental Health
19	آیا با کسی وقت می گذرانید که سیگار می کشد؟ (Spends time with anyone who smokes?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	آیا سیگار می کشید یا توتون می جوید؟ (Smokes cigarettes or chews tobacco?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
21	آیا از هیچ ماده ای مانند ماری جوانا، کوکائین، کراک، مٹ آمفتامین (مٹ)، اکستازی و غیره برای نشئه شدن استفاده می کنید؟ (Uses or sniffs any substance to get high?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
22	آیا از دارو هایی استفاده می کنید که برای شما تجویز نشده باشند؟ (Uses medicines not prescribed for her/him?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
23	آیا هفته ای یک بار یا بیشتر مشروبات الکلی می نوشید (Drinks alcohol once a week or more?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
24	اگر مشروبات الکلی می نوشید، آیا آنقدر می نوشید که مست شده و از حال بروید؟ (If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
25	آیا دوست و یا فامیلی دارید که دچار مشکلات مواد مخدر و یا مشروبات الکلی باشد؟ (Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
26	آیا بعد از نوشیدن مشروبات الکلی رانندگی می کنید، یا سوار ماشین کسی می شوید که مشروب نوشیده یا مواد مصرف کرده باشد؟ (Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
پاسخ هایی که درباره روابط جنسی و تنظیم خانواده می دهید بدون اجازه شما در اختیار هیچکس. حتی والدین شما قرار داده نخواهد شد.					
27	آیا هرگز مجبور به داشتن روابط جنسی شده اید یا برای برقراری روابط جنسی تحت فشار بوده اید؟ (Ever been forced or pressured to have sex?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	Sexual Issues
28	آیا هرگز تاکنون رابطه جنسی (از راه دهان، واژن، مقعد) داشته اید؟ (Ever had sex (oral, vaginal, or anal?) اگر پاسخ شما منفی است به سوال 35 بروید.	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	
29	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 a STI?)	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)	

30	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>	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
31	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته بدون استفاده از روش های جلوگیری از بارداری رابطه جنسی داشته اید؟ <i>(She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?)</i>	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
32	آیا در آخرین باری که رابطه جنسی داشتید از روش های جلوگیری از بارداری استفاده کردید؟ <i>(Used birth control the last time she/he had sex?)</i>	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
33	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته بدون کاندوم رابطه جنسی داشته اید؟ <i>(She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?)</i>	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
34	آیا شما یا شریک زندگی شما در آخرین باری که رابطه جنسی داشتید از کاندوم استفاده کردید؟ <i>(She/he or partner used a condom the last time they had sex?)</i>	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
35	آیا درباره گرایش جنسی خود (این که جذب چه کسی می شوید) یا هویت جنسی خود (این که احساس شما به عنوان یک پسر، دختر یا جنس دیگر چیست) سوالی دارید؟ <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>	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)
36	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی خود دارید؟ <i>(Any other questions or concerns about health?)</i>	بله (Yes)	خیر (No)	صرف نظر (Skip)

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح بدهید:

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"/>	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"/>	
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:	