

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

بزرگسالان (Adult)

نام بیمار (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	مونت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	تاریخ امروز
شخص تکمیل کننده فرم (اگر بیمار نیاز به کمک دارد) لطفاً شرح دهید:		فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
نیاز به مترجم دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <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:			
Nutrition			
1	آیا روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کنید؟ <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
2	آیا هر روز میوه و سبزیجات می خورید؟ <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
3	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>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
4	آیا می توانید بر راحتی غذاهای سالم به میزان کافی در اختیار داشته باشید؟ <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
5	آیا در بیشتر روزهای هفته نوشابه، نوشیدنی های حاوی آمیوه، نوشیدنی های ورزشی یا انرژی زا می نوشید؟ <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
6	آیا اغلب بیش از اندازه یا کمتر از اندازه غذا می خورید؟ <i>Often eats too much or too little food?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
7	آیا نگران وزن خود هستید؟ <i>Concerned about weight?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
8	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>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
Physical Activity			
9	آیا در محل زندگی خود احساس امنیت می کنید؟ <i>Feels safe where she/he lives?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
Safety			
10	آیا اخیراً حادثه رانندگی داشته اید؟ <i>Any car accidents lately?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
11	تشنه گندل، اسید، سیلی، الگ، دود، زید، مورد، راز، جسمی شما را زده، اسفت، ایادر سک <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>

صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا هنگام رانندگی یا سوار شدن در ماشین همیشه کمربند ایمنی خود را می بندید؟ <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	12	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا در خانه یا محل زندگی خود تفنگ نگهداری می کنید؟ <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	13	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زنید؟ <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	14	Dental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اغلب غمگین، نا امید، عصبانی یا نگران هستید؟ <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	15	Mental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اغلب از مشکلات خواب رنج می برید؟ <i>Often has trouble sleeping?</i>	16	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا سیگار می کشید یا توتون می جوید؟ <i>Smokes or chews tobacco?</i>	17	Alcohol, Tobacco, Drug Use
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا دوستان یا فامیل در خانه یا محل زندگی شما سیگار می کشند؟ <i>Friends/family members smoke in house/place where she/he lives?</i>	18	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	در سال گذشته، اتفاق افتاده است که: (مردان) 5 نوشابه الکلی یا بیشتر در طی یک روز صرف کنید؟ (زنان) 4 نوشابه الکلی یا بیشتر در طی یک روز صرف کنید؟ <i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	19	
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؟ <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	20	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا تصور می کنید شما یا شریک زندگی شما باردار هستید؟ <i>Thinks she/he or your partner could be pregnant?</i>	21	Sexual Issues
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؟ <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	22	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	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>	23	
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>	24	

صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا 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>	25	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا 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>	26	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی خود دارید؟ <i>Any other questions or concerns about health?</i>	27	Other questions

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"/> Patient Declined the SHA
<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:	