

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر 9 إلى 11 سنة

(Senior)

هل تأخذ أي دواء؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تأخذ أي دواء؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تأخذ أي دواء؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تأخذ أي دواء؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تأخذ أي دواء؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تأخذ أي دواء؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

هل تأخذ أي دواء؟ نعم لا
 هل تأخذ أي دواء؟ نعم لا
 هل تأخذ أي دواء؟ نعم لا
 هل تأخذ أي دواء؟ نعم لا

Clinic Use Only:			
Nutrition			
1	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
2	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
3	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
4	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
5	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
6	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
7	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
8	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
9	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
10	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
11	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	ولأضرك Z ن Z أس و ص لكاي لم P ك ع أصر اق دطو دبل لم كاي ام أ ض ؟ She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?	26	Independent Living
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	ولأضرك Z م P ن ك ن Z أس و ص لكاي لم P ك ع أصر اق دطو دبل لم كاي ام أ ض ؟ She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?	27	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	ولأضرك E و B ل أ ه ل اض ه غ م ط ر ك ؟ Ever been forced or pressured to have sex?	28	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	ول أ اض ك أس غ H رش اض ل E ك و ن م ق ض غ ا م ط ؟ Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?	29	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	ول أ اض ك م و ن غ ل الا ح أ الك ل أ م ف اض H س ا ل ب ل ن ك أ غ ا ك ف أ ل ام ح أ ؟ Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?	30	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	ول أ اض ك ص ر م أ ل ف ا م ال ه م ن ا ع ل غ ا ل ا م ط ؟ Has someone to call when she/he needs help in an emergency?	31	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	ول م س ن أ ر أ و ل ك ن اض ا م و ن م ح ؟ Any other questions or concerns about your health?	32	

اش التل Z الإجابتي، ط P ل فطر:

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"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<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: