

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر 9 إلى 11 سنة
(9 – 11 Years)

الطفل في أي صرف دواسي:	تاريخ اليوم	<input type="checkbox"/> نثي <input type="checkbox"/> نكر	تاريخ ميلاد	اسم الطفل (أول والأخير)
هل حضر لطفلك إلى مدرسة بالتنظيم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> أحد الأولاد <input type="checkbox"/> أحد الأقارب <input type="checkbox"/> أحد الأصقاء الوصي القولي	لأن خصال الذي يقوم به لماء لن نموذج		

هل تفضل أن أعجب بغيري لكل الأسئلة التي لن نموذج على قدر استطيعك ض عائرة حول "تجاهل" إنذار متفقت عرف الإجابة أول لمن تخرّب في الإجابة. يُرجى محكّة الطيب إنذار انديك أية اسفقتسارات حول هذا لن نموذج. ستفني إجاباتك من صوة ذلك جزء من سجلك الطبي.

هل تفضل أن أعجب بغيري؟ لا نعم

Clinic Use Only:

Nutrition

1	هل يتناول طفلك أول فاكهة أو الخضروات أو الحبوب أو الحليب أو اللبن أو اللبن الرائب أو الحليب اللين أو الحليب المنزوع؟ Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
2	هل يتناول طفلك الفاكهة والخضروات والفكهة مرتين في اليوم على الأقل؟ Child eats fruits and vegetables at least two times per day?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
3	هل يتناول طفلك الأطعمة المشبعة بالدهون مثل الأطعمة المقلية أو رقائق البطاطس أو المثلجات أو المثلجات أكثر من مرة في الأسبوع؟ Child eats high fat foods more than once per week?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
4	هل يشرب طفلك أكثر من كوب (8 أونصة) من العصير في اليوم؟ Child drinks more than one cup of juice per day?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
5	هل يشرب طفلك المشروبات الغازية أو العصائر أو مشروبات الطاقة أو مشروبات الطاقة أو المشروبات المحلاة أو المشروبات المحلاة أو المشروبات المحلاة أو المشروبات المحلاة أكثر من مرة في الأسبوع؟ Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
6	هل يمارس طفلك الرياضة أو يلعب كرة القدم أو يلعب كرة القدم أو يلعب كرة القدم أو يلعب كرة القدم أكثر من مرة في الأسبوع؟ Child exercises or plays sports most days of the week?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
7	هل أنت قلق من وزن طفلك؟ Concerned about child's weight?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip
8	هل يشاهد طفلك التلفاز أو يلعب ألعاب الفيديو لأقل من ساعتين في اليوم؟ Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
9	هل يوجد في منزلك كاشف للدخان؟ Home has a working smoke detector?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip
10	هل لديك رقم الهاتف لخط مركز مكافحة التسمم في منزلك؟ (800-222-1222) Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip

Safety

تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	11	م تَقْدِمًا حَافِظًا لِحَاثَمِ الْأَمَانِ غِرَانِ فَنُتَّصِلُ هَكَذَا *هل يلبس دائمًا حزام الأمان في المقعد الخلفي (أو المقعد المعزز) إذا كان في سن 4 سنوات أو أصغر؟* Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	12	هل يقضي وقتًا بالقرب من حمام سباحة أو نهر أو بحيرة؟ Child spends time near a swimming pool, river, or lake?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	13	هل يقضي وقتًا في المنزل حيث تحتفظ بناسخ بندقية؟ Child spends time in home where a gun is kept?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	14	هل يقضي وقتًا مع شخص يحمل سلاح ناري، سكين، أو سلاحاً آخر؟ Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	15	هل يلبس دائمًا خوذة عند ركوب دراجة هوائية، لوح متزلزل، أو سكوتر؟ Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	16	هل قد شهِدَ أحدًا يَعرِّضُ حياتَه لخطرٍ أو يتأذى من سوء معاملة؟ Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	17	هل قد أُضْحِطَ به أو قد ضُربَ شخصًا ما في السنة الماضية؟ Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	18	هل كان يتأذى أو يشعر بالخطر في المدرسة/الحي (أو قد تم إكراهه باستخدام الحاسوب الإلكتروني للتأذي)؟ Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	19	هل تفرغ أسنانه بالفرشاة والخيوط يوميًا؟ Child brushes and flosses teeth daily?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	20	هل يبدو كثيرًا حزينًا أو مكتئبًا؟ Child often seems sad or depressed?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	21	هل يقضي وقتًا مع شخص يَشْرَبُ الكحول؟ Child spends time with anyone who smokes?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	22	هل قام أحدًا بتدخين السجائر أو مضغ التبغ؟ Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	23	هل أنت قلق من أن طفلك قد يستخدم المخدرات أو يستنشق مواد لتأنيبه؟ Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	24	هل أنت قلق من أن طفلك قد يشرب الكحول؟ Concerned that child may be drinking alcohol?

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أصدقاء أو أفراد عائلتك لديهم مشاكل مع المخدرات أو الكحول؟ Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?	25	Sexual Issues
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل بدأ طفلك في التمرير مع صديق أو صديقة؟ Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?	26	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أن طفلك قد يكون نشطاً جنسياً؟ Thinks child might be sexually active?	27	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أسئلة أو مخاوف بشأن صحة طفلك أو سلوكه؟ Questions or concerns about child's health or behavior?	28	Other Questions

لإكمال هذا الإجراء، يرجى إكمال الأسئلة:

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: