

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعرضت لحادث سيارة مؤخرًا؟ Had any car accidents lately?	10	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل قدام أحدهم ضربك أو صفعك أو ركلك أو تم الاعتداء عليك جسدياً خلال العام الماضي؟ Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?	11	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل نظاماً متتدي حزام الأمان عندما تقود السيارة؟ Always wears a seat belt when driving or riding in a car?	12	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تحتفظ بمسدس في منزلك أو في المكان الذي تعيش فيه؟ Keeps a gun in house or place where she/he lives?	13	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقوم بتنظيف أسنانك بالفرشاة وغيط الأثران؟ Brushes and flosses teeth daily?	14	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تشعر أحياناً بالحزن أو اليأس أو اليأس أو بالقلق؟ Often feels sad, hopeless, angry, or worried?	15	Mental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعاني أحياناً من الأرق في النوم؟ Often has trouble sleeping?	16	Mental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تدخن أو تفضل غليون التبغ؟ Smokes or chews tobacco?	17	Alcohol, Tobacco, Drug Use
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يدخن الأصدقاء أو أفراد العائلة في المنزل أو في المكان الذي تعيش فيه؟ Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?	18	Alcohol, Tobacco, Drug Use
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	في الـ 12 شهرًا الماضية، هل لغت: ○ للرجل المشرب خمس أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم؟ ○ النساء المشربيات أربع أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم؟ In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?	19	Alcohol, Tobacco, Drug Use
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تستخدم أي مخدرات أو أي أدوية لتساعدك على النوم، الاسترخاء، الشعور بالتحسن، أو فقدان الوزن؟ Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?	20	Alcohol, Tobacco, Drug Use
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أنك أنت أو شريكك قد ترغبان في الإنجاب؟ Thinks she/he or partner could be pregnant?	21	Sexual Issues
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أن شريكك قد يكون قد أصابك من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل المنقولة أو مرض الالتهاب أو التهاب المثانة، إلخ؟ Thinks she/he or partner could have an STI?	22	Sexual Issues

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس بدون وسائل تنظيم الحمل خلال العام الماضي؟ <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	23	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس مع أشخاص آخرين خلال العام الماضي؟ <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	24	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست الجنس أنت أو أحد من شركائك بدون واقٍ لكفري خلال العام الماضي؟ <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	25	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل أُجبرت من قبل أوتم للضغط بغيرك من ممارسة الجنس؟ <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	26	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديكم أية مخاوف أو تشفيسارات تتعلق بقبصضك؟ <i>Any other questions or concerns about health?</i>	27	Other Questions

إذا كنت الإجابة عن أي من هذه الأسئلة فإليك شرح:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<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:	