

ابی حفظ سلامتی رز

(Staying Healthy Assessment)

1 تا 2 سالگی (1 - 2 Years)

نام کودک (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	مونت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	تاریخ امروز	به مهدکودک می رود/کسی از او مراقبت می کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
شخص تکمیل کننده فرم (اگر بیمار نیاز به کمک دارد)		فامیل <input type="checkbox"/>	دوست <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>
لطفاً شرح دهید:		برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر No		

نیاز به مترجم دارید؟
بله
خیر

لطفاً به تمام سوالات این فرم به بهترین نحوی که می توانید پاسخ دهید. اگر پاسخ را نمی دانید یا مایل نیستید پاسخ بدهید 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:

نیاز به مترجم دارید؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	نیاز به مترجم دارید؟
Clinic Use Only:			
Nutrition			
1	آیا از شیر خود به فرزندتان می دهید؟ <i>Breastfeeds baby?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
2	آیا فرزند شما روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کند؟ <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
3	آیا فرزند شما حداقل روزی دو بار میوه و سبزیجات می خورد؟ <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
4	آیا فرزند شما بیش از هفته ای یکبار غذاهای پرچرب مانند غذاهای سرخ کرده، چیپس، بستنی یا پیتزا می خورد؟ <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
5	آیا فرزند شما بیش از یک فنجان کوچک (4 - 6 اونس) آبمیوه در روز می خورد؟ <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
6	آیا فرزند شما در هفته بیش از یک نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی، نوشیدنی های انرژی زا، یا سایر نوشیدنی های شیرین می خورد؟ <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
Physical Activity			
7	آیا فرزند شما در بیشتر روزهای هفته به بازی های فعال و پر جنب و جوش می پردازد؟ <i>Child plays actively most days of the week?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
8	آیا نگران وزن فرزند خود هستید؟ <i>Concerned about child's weight?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
9	آیا فرزند شما تلویزیون تماشا می کند یا به بازی های ویدیویی می پردازد؟ <i>Child watches TV or plays video games?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
Safety			
10	آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ <i>Home has working smoke detector?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
11	آیا دمای آب را به حد کمی-گرم پایین برده اید (کمتر از 120 درجه فارنهایت)؟ <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
12	اگر خانه شما بیشتر از یک طبقه دارد، آیا روی پنجره ها حفاظ ایمنی و برای راه پله ها دروازه قرار داده اید؟ <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>
13	آیا لوازم نظافت، دارو و کبریت در خانه شما در جایی محفوظ و قفل دار هستند؟ <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	صرف نظر <input type="checkbox"/>

صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا در خانه شما شماره تلفن مرکز کنترل سموم (800-222-1222) کنار تلفن نوشته شده است؟ <i>Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?</i>	14	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا وقتی که فرزند شما در وان حمام است همیشه پیش او می مانید؟ <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	15	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا همیشه فرزند خود را در صندلی عقب ماشین روی یک صندلی مخصوص کودکان که رو به عقب است قرار می دهید؟ <i>Always places child in a rear facing car seat in the back seat?</i>	16	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا صندلی مخصوص کودکان که استفاده می کنید برای سن و اندازه فرزند شما مناسب است؟ <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	17	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا قبل از دنده عقب گرفتن همیشه پشت خود را کنترل می کنید تا کودکی آنجا نباشد؟ <i>Always checks for children before backing car out?</i>	18	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما نزدیک یک استخر شنا، دریاچه یا رودخانه وقت می گذراند؟ <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	19	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما در خانه ای که یک تفنگ در آن نگهداری می شود وقت صرف می کند؟ <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	20	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا فرزند شما هنگام دوچرخه سواری، اسکیت سواری و یا اسکوتر سواری همیشه از کلاه ایمنی استفاده می کند؟ <i>Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	21	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا به فرزند خود کمک می کنید که هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک بزند؟ <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	22	Dental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فرزند شما با کسی وقت می گذراند که سیگار می کشد؟ <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	23	Tobacco Exposure
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی، رشد یا رفتار فرزند خود دارید؟ <i>Any other questions or concerns about child's health, development or behavior?</i>	24	Other Questions

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید:

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"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					Patient Declined the SHA <input type="checkbox"/>
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					