

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

3 تا 4 سالگی (3 - 4 Years)

نام بیمار (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 Yes <input type="checkbox"/> خیر No
شخص تکمیل کننده فرم <input type="checkbox"/> سایر (لطفاً مشخص کنید)		ولی <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> قیم <input type="checkbox"/>		
نیاز به مترجم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No		برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No		

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	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
آیا فرزند شما روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کند؟ Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?			
2	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
آیا فرزند شما حداقل روزی دو بار میوه و سبزیجات می خورد؟ Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?			
3	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip
آیا فرزند شما بیش از هفته ای یکبار غذاهای پر چرب مانند غذاهای سرخ کرده، چیپس، بستنی یا پیتزا می خورد؟ Child eats high fat foods more than once per week?			
4	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip
آیا فرزند شما بیش از یک فنجان کوچک (فنان 4 - 6 اونس) آبمیوه در روز می خورد؟ Child drinks more than one small cup of juice per day?			
5	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip
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؟ Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?			
Physical Activity			
6	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
آیا فرزند شما در بیشتر روزهای هفته به بازی های فعال و پر جنب و جوش می پردازد؟ Child plays actively most days of the week?			
7	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip
آیا نگران وزن فرزند خود هستید؟ Concerned about your child's weight?			
8	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
آیا فرزند شما کمتر از 2 ساعت در روز تلویزیون تماشا می کند یا به بازی های ویدیویی می پردازد؟ Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?			
Safety			
9	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ Home has a working smoke detector?			
10	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
آیا دمای آب را به حد کمی-گرم پایین برده اید (کمتر از 120 درجه فارنهایت)؟ Water temperature turned down to low-warm?			
11	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
اگر خانه شما بیشتر از یک طبقه دارد، آیا روی پنجره ها حفاظ ایمنی و برای راه پله ها دروازه قرار داده اید؟ Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?			
12	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
آیا لوازم نظافت، دارو و کبریت در خانه شما در جایی محفوظ و قفل دار هستند؟ Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?			
13	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
آیا در خانه شما شماره تلفن مرکز کنترل سموم (800-222-1222) کنار تلفن نوشته شده است؟ Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?			

صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	ایا وقتی که فرزند شما در وان حمام است همیشه پیش او می مانید؟ <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	14	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	ایا همیشه فرزند خود را در صندلی عقب ماشین روی یک صندلی مخصوص کودکان که رو به جلو است قرار می دهید؟ <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	15	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	ایا 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>	16	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	ایا 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>	17	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا فرزند شما نزدیک یک استخر شنا، دریاچه یا رودخانه وقت می گذراند؟ <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	18	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا 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>	19	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	ایا فرزند شما هنگام دوچرخه سواری، اسکیت سواری و یا اسکوتر سواری همیشه از کلاه ایمنی استفاده می کند؟ <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	20	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا فرزند شما هرگز شاهد یا قربانی بدرفتاری و یا خشونت بوده است؟ <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	21	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	ایا 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	ایا 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	ایا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره رشد، سلامتی یا رفتار فرزند خود دارید؟ <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	24	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"/> 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: _____					
PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____					