

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

9 تا 11 سالگی (9 - 11 Years)

نام کودک (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	<input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر	تاریخ امروز	کلاس مدرسه
شخص تکمیل کننده فرم	<input type="checkbox"/> ولی <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> قیم <input type="checkbox"/> سایر (لطفاً مشخص کنید)	بطور مرتب در مدرسه حضور دارد؟ بله <input type="checkbox"/> yes خیر <input type="checkbox"/> no		

لطفاً به تمام سوالات این فرم به بهترین نحوی که می توانید پاسخ بدهید. 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.

نیاز به مترجم دارید؟

بله yes

خیر no

Clinic Use Only:

سوال	بله	خیر	صرف نظر	Category
1 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 yes	خیر no	صرف نظر Skip	Nutrition
2 آیا فرزند شما حداقل روزی دو بار میوه و سبزیجات می خورد؟ <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	بله yes	خیر no	صرف نظر Skip	Nutrition
3 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>	خیر no	بله yes	صرف نظر Skip	Nutrition
4 آیا فرزند شما بیش از یک فنجان (8 اونس) آبمیوه در روز می خورد؟ <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	خیر no	بله yes	صرف نظر Skip	Nutrition
5 آیا فرزند شما در هفته بیش از یک نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی/انرژی زا، یا سایر نوشیدنی های شیرین می خورد؟ <i>Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?</i>	خیر no	بله yes	صرف نظر Skip	Nutrition
6 آیا فرزند شما در بیشتر روزهای هفته به نرمش یا بازی های ورزشی می پردازد؟ <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	بله yes	خیر no	صرف نظر Skip	Physical Activity
7 آیا نگران وزن فرزند خود هستید؟ <i>Concerned about child's weight?</i>	خیر no	بله yes	صرف نظر Skip	Physical Activity
8 آیا شما کمتر از 2 ساعت زودتر رتلن ویزیت می کنید یا به بی زاهای ویدئو بازی می بیند و زرف <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	بله yes	خیر no	صرف نظر Skip	Physical Activity
9 آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ <i>Home has a working smoke detector?</i>	بله yes	خیر no	صرف نظر Skip	Safety
10 آیا در خانه شما شماره تلفن مرکز کنترل سموم (800-222-1222) کنار تلفن نوشته شده است؟ <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	بله yes	خیر no	صرف نظر Skip	Safety
11 دز همیشه در صندلنیشمی ذبقی عا و کمر بند ای رنمیا می بندای د ککودکتر از "سد 4 9ات از صندل یبوس تر ساتفاده می کند؟"د را فیاز امشد <i>Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?</i>	بله yes	خیر no	صرف نظر Skip	Safety

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>	12	
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>	13	
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا فرزند شما با کسی وقت می گذراند که تفنگ، چاقو یا سلاح های دیگر با خود حمل می کند؟ <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	14	
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>	15	
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا فرزند شما هرگز شاهد یا قربانی بدرفتاری و یا خشونت بوده است؟ <i>Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?</i>	16	
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا فرزند شما در سال گذشته از کسی کتک خورده یا کسی را کتک زده است؟ <i>Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?</i>	17	
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا هرگز پیش آمده که فرزند شما در مدرسه یا محله مورد زورگویی قرار بگیرد یا احساس امنیت نکند (یا مورد زورگویی اینترنتی قرار گرفته باشد)؟ <i>Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	18	
صرف نظر Skip	خیر no	بله yes	آیا فرزند شما هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زند؟ <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	19	Dental Health
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا فرزند شما اغلب غمگین و یا افسرده است؟ <i>Child often seems sad or depressed?</i>	20	Mental 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>	21	Alcohol, Tobacco, Drug Use
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا فرزند شما هرگز سیگار کشیده یا توتون جویده است؟ <i>Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i>	22	
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا نگران این هستید که فرزند شما ممکن است برای احساس نشنگی به مصرف مواد مخدر یا بو کشیدن موادی مانند چسب روی آورده باشد؟ <i>Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?</i>	23	
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا نگران این هستید که فرزند شما ممکن است به نوشیدن مشروبات الکلی مانند آبجو، شراب، و این کولر یا لیکور روی آورده باشد؟ <i>Concerned that child may be drinking alcohol?</i>	24	

صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا فرزند شما دوست و یا فامیلی دارد که دچار مشکلات مواد مخدر و یا مشروبات الکلی باشد؟ <i>Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	25	
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا فرزند شما قرارهای عاشقانه یا "بیرون رفتن" با دوست پسر یا دوست دختر را شروع کرده است؟ <i>Child started dating or "going out" with boyfriends or girlfriends?</i>	26	Sexual Issues
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا تصور می کنید ممکن است فرزندتان از لحاظ جنسی فعال باشد؟ <i>Thinks child might be sexually active?</i>	27	
صرف نظر Skip	بله yes	خیر no	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی یا رفتار فرزند خود دارید؟ <i>Questions or concerns about child's health or behavior?</i>	28	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"/> 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:	