

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر 5 إلى 8 سنوات
(5 - 8 Years)

اسم الطفل (الأول والأخير)	تاريخ الميلاد	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ اليوم	الطفل في أي صف دراسي؟
الشخص الذي يقوم بملء النموذج	<input type="checkbox"/> الوصي القانوني	<input type="checkbox"/> أحد الأصدقاء	<input type="checkbox"/> أحد الوالدين	<input type="checkbox"/> أحد الأقارب
			<input type="checkbox"/> علاقة أخرى (حدد)	هل يحضر الطفل إلى المدرسة بانتظام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
من فضلك أجب على كل الأسئلة في النموذج على قدر استطاعتك. ضع دائرة حول "تجاهل" إذا لم تكن تعرف الإجابة أو لم تكن ترغب في الإجابة. يُرجى محادثة الطبيب إذا كان لديك أية استفسارات حول هذا النموذج. ستكون إجاباتك محفوظة كجزء من سجلك الطبي.				هل تحتاج إلى مترجم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
Clinic Use Only:				
Nutrition				
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل يتناول طفلك ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطيبة أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?	1
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل يتناول طفلك الخضروات والفاكهة مرتين في اليوم على الأقل؟ Child eats fruits and vegetables at least two times per day?	2
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يتناول طفلك الأطعمة المشبعة بالدهون مثل الطعام المقلي أو رقائق البطاطس أو المتلجات أو البييتزا أكثر من مرة في الأسبوع؟ Child eats high fat foods more than once per week?	3
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يشرب طفلك أكثر من كوب صغير (4 - 6 أونصة) من العصير في اليوم؟ Child drinks more than one small cup of juice per day?	4
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يشرب طفلك المشروبات الغازية أو العصائر أو مشروبات الرياضة أو مشروبات الطاقة أو أية مشروبات محلاة أخرى أكثر من مرة في الأسبوع؟ Child drinks soda, juice/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?	5
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل يلعب طفلك بنشاط خلال معظم أيام الأسبوع؟ Child exercises or plays sports most days of the week?	6
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تهتمين بوزن طفلك؟ Concerned about child's weight?	7
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	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?	8
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل لديك في منزلك كاشف فعال للدخان؟ Home has a working smoke detector?	9
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتكون دافئة (أقل من 120 درجة)؟ Water temperature turned down to low-warm?	10
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل سجلت رقم مركز مكافحة السموم وهو (800-222-1222) على تليفون المنزل؟ Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?	11
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقومين بوضع طفلك في مقعد التعزيز بالخلف (أو تقومين باستخدام حزام الأمان إذا كان طفلك أطول من 145 سم)؟ Always places child in booster seat in back seat, (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?	12
Safety				

هل يقضي طفلك وقتًا بالقرب من حمام السباحة أو النهر أو البحيرة؟ Child spends time near a swimming pool, river, or lake?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	13	
هل يقضي طفلك وقتًا بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ Child spends time in home where a gun is kept?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	14	
هل يقضي طفلك وقتًا مع أي شخص يملك مسدسًا أو سكينًا أو أي سلاح آخر؟ Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	15	
هل دائمًا ما يرتدي طفلك خوذة أثناء ركوب الدراجة أو لوح التزلج أو السكوتر؟ Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip	16	
هل تعرض طفلك لإساءة المعاملة أو العنف من قبل؟ Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	17	
هل قام أحد بضرب طفلك أو قام هو بضرب أي شخص العام الماضي؟ Has child been hit or hit someone in the past year?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	18	
هل شعر طفلك بالخوف أو عدم الأمان في المدرسة أو في الحي (أو قام أحد بتخويفه عن طريق الإنترنت)؟ Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood, (or been cyber-bullied)?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	19	
هل يقوم طفلك بتنظيف أسنانه/أسنانها يوميًا باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ Child brushes and flosses teeth daily?	نعم Yes	لا No	تجاهل Skip	20	Dental Health
هل يبدو على طفلك أحيانًا علامات الحزن والإحباط؟ Child often seems sad or depressed?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	21	Mental Health
هل يقضي طفلك وقتًا مع أحد المدخنين؟ Child spends time with anyone who smokes?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	22	Tobacco Exposure
هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ Any other questions or concerns about child's health or behavior?	لا No	نعم Yes	تجاهل Skip	23	Other Questions

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

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"/> Tobacco Exposure	<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:	