

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

Չափահաս (Adult)

Հիվանդի անունը և ազգանունը	Ծննդյան թվականը	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	Այսօրվա ամսաթիվը
Ձևաթուղթը լրացնող անձը (եթե հիվանդը օգնության կարիք ունի)	<input type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ <input type="checkbox"/> Ընկեր <input type="checkbox"/> Այլ Խնդրում ենք նշել՝		Ձևաթուղթը լրացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

Ձևաթղթի բոլոր հարցերին պատասխանեք հնարավորինս մանրամասնորեն: Շրջանակի մեջ առեք «Բաց թողնել» բառը, եթե չգիտեք պատասխանը կամ չեք ցանկանում պատասխանել: Անպայման խոսեք Ձեր բժշկի հետ, եթե այս ձևաթղթի հետ կապված որևէ հարց ունենաք: Պատասխանները, որպես Ձեր բժշկական արձանագրության մի մաս, պաշտպանված կլինեն:

Բանավոր թարգմանչի կարիքն ունե՞ք:
 Այո Ոչ

Clinic Use Only:
Nutrition

1	Դուք խմում կամ ուտո՞ւմ եք օրական առնվազն 3 կերակրաչափ կալցիումով հարուստ սնունդ, օրինակ՝ կաթ, պանիր, մածուն, սոյայի կաթ կամ թոֆու: <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
2	Դուք ամեն օր ուտո՞ւմ եք մրգեր և բանջարեղեն: <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
3	Դուք սահմանափակո՞ւմ եք տապակած կամ արագ պատրաստվող սննդի քանակը: <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
4	Դուք հեշտությամբ կարո՞ղ եք ստանալ բավարար քանակությամբ առողջ սնունդ: <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
5	Շաբաթվա մեծ մասը Դուք խմո՞ւմ եք զովացուցիչ ըմպելիքներ, հյութեր, սպորտային կամ էներգետիկ ըմպելիքներ: <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
6	Դուք հաճա՞խ եք ուտում չափազանց շատ կամ չափազանց քիչ: <i>Often eats too much or too little food?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
7	Դուք մտահոգվա՞ծ եք Ձեր քաշով: <i>Concerned about weight?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
8	Արդյո՞ք օրական կես ժամ Դուք մարզվո՞ւմ եք կամ քայլում, պարտիզպանություն անում, զբաղվում լողով: <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>

Physical Activity

9	Դուք Ձեզ ապահո՞վ եք զգում Ձեր ապրած վայրում: <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
10	Վերջերս Դուք ավտոմեքենայի վթարի ենթարկվե՞լ եք: <i>Had any car accidents lately?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
11	Վերջի տարվա ընթացքում Ձեզ ինչ-որ մեկը ապտակել, ոտքով հարվածել, ֆիզիկապես վնասե՞լ է: <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
12	Երբ մեքենա եք վարում, մի շտ եք կապում ամրագոտիները: <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
13	Դուք Ձեր տանը կամ բնակարանում պահո՞ւմ եք հրացան: <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Dental Health
14	Դուք ամեն օր խոզանակով և ատամնաբուժական թելով մաքրո՞ւմ եք ատամները: <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
15	Դուք հաճա՞խ եք ունենում տխրության, հուսահատության, ջղայնության կամ տագնապի զգացում: <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Mental Health
16	Դուք հաճա՞խ եք ունենում քնելու հետ կապված խնդիրներ: <i>Often has trouble sleeping?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
17	Դուք ծխո՞ւմ կամ ծամո՞ւմ եք ծխախոտ: <i>Smokes or chews tobacco?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
18	Ձեր ընկերները կամ ընտանիքի անդամները ծխո՞ւմ են Ձեր տանը կամ բնակարանում: <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
19	Անցյալ տարվա ընթացքում Դուք խմե՞լ եք՝ <input type="checkbox"/> (տղամարդիկ) 5 կամ ավել բաժակ խմիչք մեկ օրում: <input type="checkbox"/> (կանայք) 4 կամ ավել բաժակ խմիչք մեկ օրում: <i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Sexual Issues
20	Դուք օգտագործո՞ւմ եք թմրադեղեր կամ դեղամիջոցներ՝ քնելու, հանգստանալու, հանդարտվելու, ավելի լավ զգալու կամ նիհարելու համար: <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
21	Կարծո՞ւմ եք արդյոք, որ Դուք կամ Ձեր գուգընկերը հղի է: <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Sexual Issues
22	Կարծո՞ւմ եք արդյոք, որ Դուք կամ Ձեր գուգընկերը կարող եք ունենալ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ, օրինակ՝ իլամիդիա, գոնորեա, սեռական գորտնուկներ և այլն: <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	

23	Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցել էք առանց հակաբեղմնավորիչ միջոցներ օգտագործելու: <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
24	Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցել էք այլ մարդկանց հետ: <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
25	Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցել էք առանց պապանակի: <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
26	Ձեզ երբևիցե բռնի կերպով կամ ճնշումներով պարտադրել են սեռական հարաբերություններ ունենալ: <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
27	Ձեր առողջությանը վերաբերող այլ հարցեր կամ մտահոգություններ ունե՞ք: <i>Any other questions or concerns about health?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	

Other Questions

Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.

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"/> 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"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
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: