

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

5-8 տարեկան (5 – 8 Years)

Երեխայի անունը և ազգանունը	Ծննդյան թվականը	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	Այսօրվա ամսաթիվը	Դպրոցի ո՞ր դասարանում է երեխան:
----------------------------	-----------------	--	------------------	---------------------------------

Ձևաթուղթը լրացնող անձը <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Բարեկամ <input type="checkbox"/> Ընկեր <input type="checkbox"/> Խնամակալ <input type="checkbox"/> Այլ (մանրամասնել)	Դպրոցի հաճախումներ Կանոնավոր են: <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	Ձեր երեխան ուտու՞մ է օրական առնվազն 3 կերակրաչափ կալցիումով հարուստ սնունդ, օրինակ՝ կաթ, պանիր, մածուն, սոյայի կաթ կամ թոֆու: <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
2	Ձեր երեխան ուտու՞մ է միրգ և բանջարեղեն օրական առնվազն երկու անգամ: <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
3	Ձեր երեխան ավելի հաճախ, քան շաբաթը մեկ անգամ, ուտու՞մ է բարձր յուղայնությամբ ուտեստներ, օրինակ՝ տապակած սնունդ, չիպսեր, պաղպաղակ կամ պիցցա: <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
4	Ձեր երեխան խմու՞մ է ավելի քան մեկ փոքրիկ բաժակ (4-6 ունցիա) հյութ օրական: <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
5	Ձեր երեխան խմու՞մ է զովացուցիչ ըմպելիքներ, հյութեր, սպորտային ըմպելիքներ, էներգետիկ ըմպելիքներ կամ այլ քաղցրացված ըմպելիքներ ավելի հաճախ, քան շաբաթը մեկ անգամ: <i>Child drinks soda, juice/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
6	Ձեր երեխան շաբաթվա գրեթե բոլոր օրերի՞ն է մարզվում կամ զբաղվում սպորտով: <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip

Physical Activity

7	Դուք մտահոգվա՞ծ եք Ձեր երեխայի քաշով: <i>Concerned about child's weight?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
8	Ձեր երեխան դիտո՞ւմ է հեռուստացույց կամ խաղում համակարգչային խաղեր օրական 2 ժամից պակաս: <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
9	Ձեր տանը տեղադրվա՞ծ է ծխի աշխատող դետեկտոր: <i>Home has a working smoke detector?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
10	Դուք իջեցրե՞լ եք Ձեր ջրի ջերմաստիճանը ցածր տաքի (120 աստիճանից պակաս): <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
11	Ձեր տանը՝ հեռախոսի մոտ փակցվա՞ծ է Տոքսիկոլոգիական կենտրոնի հեռախոսահամարը (800-222-1222): <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
12	Ձեր երեխան մի՞շտ է նստում ավտոմեքենայի հետևի նստարանին տեղադրված մանկական լրացուցիչ նստատեղում (կամ օգտագործում ամրագոտի այն դեպքում, եթե երեխայի հասակը գերազանցում է 4'9"-ը): <i>Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
13	Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնո՞ւմ լողավազանի, գետի կամ լճի մոտ: <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
14	Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնո՞ւմ է մի տան մեջ, որտեղ հրացան է պահվում: <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
15	Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնո՞ւմ է հրացան, դանակ կամ այլ տեսակի զենք կրող անձանց հետ: <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
16	Ձեր երեխան մի՞շտ է կրում սաղավարտ հեծանիվ, անվատախտակ կամ սկուտեր վարելիս: <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
17	Ձեր երեխան երբևիցե եղե՞լ է չարաշահման կամ բռնության ակնատեսը կամ զոհը: <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
18	Վերջի տարվա ընթացքում Ձեր երեխային որևէ մեկը հարվածե՞լ է, կամ նա հարվածե՞լ է որևէ մեկին: <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	

19	<p>Ձեր երեխային երբևիցե ծաղրե՞լ են, կամ նա անապահով զգացե՞լ է իրեն դպրոցում կամ Ձեր թաղամասում (կամ եղել է արդյոք ինտերնետային ծաղրի առարկա): <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
20	<p>Ձեր երեխան ամեն օր խոզանակով մաքրում և ատամնաբուժական թելով մաքրու՞մ է ատամները: <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Dental Health
21	<p>Ձեր երեխան հաճա՞խ ունի տխուր և ընկճված տեսք: <i>Child often seems sad or depressed?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Mental Health
22	<p>Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնու՞մ է ծխող անձի հետ: <i>Child spends time with anyone who smokes?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
23	<p>Դուք ունե՞ք հարցեր կամ մտահոգություններ Ձեր երեխայի առողջության, զարգացման կամ վարքի վերաբերյալ: <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Other Questions

Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.

<i>Clinic Use Only</i>	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"/>	
					<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: