

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

0 تا 6 ماهگی (0 - 6 Months)

نام کودک (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	<input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر	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)	<input type="checkbox"/> ولی <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> قییم	برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No)		

نیاز به مترجم دارید؟
 بله (Yes) خیر (No)

تفاوتاً 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.

Clinic Use Only:		
Nutrition		
1	آیا از شیر خودتان به کودک می دهید؟ (Breast feed baby?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
Physical Activity		
2	آیا نگران وزن کودک خود هستید؟ (Concerned about baby's weight?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
3	آیا کودک شما اصلاً تلویزیون تماشا می کند؟ (Baby watches any T.V?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
Safety		
4	آیا یک دستگاه دودیاب سالم در منزل شما وجود دارد؟ (Home has working smoke detector?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
5	آیا دمای آب را به حد کمی-گرم پایین برده اید (کمتر از 120 درجه فارنهایت)؟ (Water temperature turned down to low-warm?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
6	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 window and gates for stairs in multi-level home?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
7	آیا لوازم نظافت، دارو و کبریت در خانه شما در جایی محفوظ و قفل دار هستند؟ (Cleaning supplies, medicines and matches locked away?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
8	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?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
9	آیا همیشه کودک خود را برای خواب به پشت قرار می دهید؟ (Always puts baby to sleep on her/his back?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>
10	آیا وقتی که کودک شما در وان حمام است همیشه پیش او می مانید؟ (Always stays with baby in the bathtub?)	بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/>

صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا همیشه کودک خود را در صندلی عقب ماشین روی یک صندلی مخصوص کودکان که رو به عقب است قرار می دهید؟ (Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?)	11	Dental Health
صرف نظر (Skip)	خیر (No)	بله (Yes)	آیا صندلی مخصوص کودکانی که استفاده می کنید برای سن و اندازه کودک شما مناسب است؟ (Car seat used is correct size for age and size of baby?)	12	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا کودک شما در خانه ای که یک تفنگ در آن نگهداری می شود وقت صرف می کند؟ (Baby spends time in home where a gun is kept?)	13	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا با بطری به کودک خود غذایی غیر از شیر خشک، شیر مادر یا آب می دهید؟ (Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk or water?)	14	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا کودک شما با کسی وقت می گذراند که سیگار می کشد؟ (Baby spends time with anyone who smokes?)	15	
صرف نظر (Skip)	بله (Yes)	خیر (No)	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی، رشد یا رفتار کودک خود دارید؟ (Any other questions or concerns about baby's health, development or behavior?)	16	

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید:

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"/>	
					Patient Declined the SHA <input type="checkbox"/>
PCP's Signature:		Print Name:			Date: