

# تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر 3 إلى 4 سنوات (3 – 4 Years)

هل يتم رعاية الطفل من قبل أحد غير الوصي القانوني عليه؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تاريخ اليوم	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد	اسم الطفل (الأول والأخير)
هل تريد المساعدة في بيانات الاستمارة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> أحد الأقارب <input type="checkbox"/> أحد الأصدقاء <input type="checkbox"/> الوصي القانوني <input type="checkbox"/> الشخص الذي يقوم بملء النموذج	علاقة أخرى (حدد)		

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؟  
لا  نعم

Clinic Use Only:				
Nutrition				
1	هل يتناول طفلك ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطبية أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
2	هل يتناول طفلك الخضروات والفاكهة مرتين في اليوم على الأقل؟ Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
3	هل يتناول طفلك الأطعمة المشبعة بالدهون مثل الطعام المقلي أو رقائق البطاطس أو المثلجات أو البيتزا أكثر من مرة في الأسبوع؟ Child eats high fat foods more than once per week?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
4	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?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
5	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 drinks, sports drinks, energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
Physical Activity				
6	هل يلعب طفلك بنشاط خلال معظم أيام الأسبوع؟ Child plays actively most days of the week?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
7	هل تهتمين بوزن طفلك؟ Concerned about child's weight?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
8	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?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
Safety				
9	هل لديك في منزلك كاشف فعّال للدخان؟ Home has a working smoke detector?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
10	هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتكون دافئة (أقل من 120 درجة)؟ Water temperature turned down to low-warm?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
11	إذا كان منزلك يتكون من أكثر من طابق، فهل وضعتي أقفالاً للسلامة على النوافذ وأبواباً للدرج؟ Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
12	هل تحتفظين بمواد التنظيف والأدوية والثقاب في مكان محكم الغلق وبعيدة عن متناول الأطفال؟ Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip
13	هل سجلت رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم على تليفون المنزل (800-222-1222)؟ Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	تجاهل <input type="checkbox"/>	Skip

تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تبقيين مع طفلك بينما يكون/تكون في حوض الاستحمام؟ Always stays with child when in the bathtub?	14	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقومين بوضع طفلك في مقعد السيارة الخاص بالأطفال في الخلف؟ Always places child in a forward facing car seat in the back seat?	15	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تستخدمين مقعد السيارة المناسب لعمر وحجم طفلك؟ Car seat used is correct size for age and size of child?	16	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقومين دائمًا بالتأكد من وجود الأطفال قبل الرجوع بالسيارة إلى الخلف؟ Always checks for children before backing car out?	17	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتًا بالقرب من حمام السباحة أو النهر أو البحيرة؟ Child spends time near a swimming pool, river, or lake?	18	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتًا بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ Child spends time in home where a gun is kept?	19	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل دائمًا ما يرتدي طفلك خوذة أثناء ركوب الدراجة أو لوح التزلج أو السكوتر؟ Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?	20	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعرض طفلك لإساءة المعاملة أو العنف من قبل؟ Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?	21	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تساعد طفلك في تنظيف أسنانه/أسنانها يوميًا باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ Child is helped to brush and floss teeth daily?	22	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتًا مع أحد المدخنين؟ Child spends time with anyone who smokes?	23	Tobacco Exposure
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ Any other questions or concerns about child's health or behavior?	24	Other Questions

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

<b>Clinic Use Only</b>	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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<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:	
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature	Print Name:			Date:	
PCP's Signature	Print Name:			Date:	