

ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

بزرگسالان (Adult)

نام بیمار (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	<input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر	تاریخ امروز	
شخص تکمیل کننده فرم (اگر بیمار نیاز به کمک دارد) لطفاً شرح دهید:		<input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> سایر	برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	
نیاز به مترجم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No			Clinic Use Only: Nutrition	
1	آیا روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کنید؟ <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
2	آیا هر روز میوه و سبزیجات می خورید؟ <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
3	آیا مصرف غذاهای سرخ کردنی یا فست فود (غذای فوری) را محدود کرده اید؟ <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
4	آیا می توانید بر راحتی غذاهای سالم به میزان کافی در اختیار داشته باشید؟ <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
5	آیا در بیشتر روزهای هفته نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی یا انرژی زا می نوشید؟ <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip
6	آیا اغلب بیش از اندازه یا کمتر از اندازه غذا می خورید؟ <i>Often eats too much or too little food?</i>	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip
7	آیا نگران وزن خود هستید؟ <i>Concerned about weight?</i>	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip
8	آیا روزی حداقل 1/2 ساعت نرمش می کنید یا به فعالیت هایی چون پیاده روی، باغبانی، شنا می پردازید؟ <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
9	آیا در محل زندگی خود احساس امنیت می کنید؟ <i>Feels safe where she/he lives?</i>	بله Yes	خیر No	صرف نظر Skip
10	آیا اخیراً حادثه رانندگی داشته اید؟ <i>Any car accidents lately?</i>	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip
11	تشنه گندل، لاس، یا کتک، سی، لی، الگ، دد، زی، مورد را از کسی در سال گذشته درگیر شده اید؟ <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	خیر No	بله Yes	صرف نظر Skip

صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا هنگام رانندگی یا سوار شدن در ماشین همیشه کمربند ایمنی خود را می بندید؟ <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	12	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا در خانه یا محل زندگی خود تفنگ نگهداری می کنید؟ <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	13	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زنید؟ <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	14	Dental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اغلب غمگین، نا امید، عصبانی یا نگران هستید؟ <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	15	Mental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا اغلب از مشکلات خواب رنج می برید؟ <i>Often has trouble sleeping?</i>	16	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا سیگار می کشید یا توتون می جوید؟ <i>Smokes or chews tobacco?</i>	17	Alcohol, Tobacco, Drug Use
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا دوستان یا فامیل در خانه یا محل زندگی شما سیگار می کشند؟ <i>Friends/family members smoke in house/place where she/he lives?</i>	18	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	در سال گذشته، اتفاق افتاده است که: (مردان) 5 نوشابه الکلی یا بیشتر در طی یک روز صرف کنید؟ (زنان) 4 نوشابه الکلی یا بیشتر در طی یک روز صرف کنید؟ <i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	19	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا برای کمک به خوابیدن، آرامش، آرام شدن، احساس بهتر داشتن یا کاهش وزن مواد یا داروهای مصرف می کنید؟ <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	20	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا تصور می کنید شما یا شریک زندگی شما باردار هستید؟ <i>Thinks she/he or your partner could be pregnant?</i>	21	Sexual Issues
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا فکر می کنید شما یا شریک زندگی شما ممکن است به یک بیماری مقاربتی (STD) مانند کلامیدیا، سوزاک، تاول های ناحیه دستگاه تناسلی و غیره مبتلا باشید؟ <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	22	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا شما یا شریک (های) زندگی شما در سال گذشته بدون استفاده از روش های جلوگیری از بارداری رابطه جنسی داشته اید؟ <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	23	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا شما یا شریک (های) زندگی شما در سال گذشته با افراد دیگر نیز رابطه جنسی داشته اید؟ <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	24	

صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته بدون کاندوم رابطه جنسی داشته اید؟ <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	25	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا هرگز مجبور به داشتن روابط جنسی شده اید یا برای برقراری روابط جنسی تحت فشار بوده اید؟ <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	26	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	ایا سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی خود دارید؟ <i>Any other questions or concerns about health?</i>	27	Other questions

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح بدهید:

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"/> 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"/> 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"/>	
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:	