

تقييم الحالة لصحية

(Staying Healthy Assessment)

الرضيع من عمر 0 إلى 6 شهور (0 – 6 Months)

| | | | |
|--|--|------------------------------|---------------------------|
| هل يتم رعاية الطفل من قبل أحد غير الوصي القانوني عليه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | تاريخ اليوم <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر | تاريخ الميلاد | اسم الطفل (الأول والأخير) |
| هل تريد المساعدة في بيانات الاستمارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> أحد الوالدين <input type="checkbox"/> أحد الأقارب <input type="checkbox"/> أحد الأصدقاء <input type="checkbox"/> الوصي القانوني <input type="checkbox"/> علاقة أخرى (حدد) | الشخص الذي يقوم بملء النموذج | |
| هل تحتاج إلى مترجم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 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 يرجى محادثة الطبيب إذا كان لديك أية استفسارات حول هذا النموذج. ستكون إجاباتك محفوظة كجزء من سجلك الطبي. | | |
| Clinic Use Only: | | | |
| Nutrition | | | |
| 1 | هل تقومين بإرضاع طفلك رضاعة طبيعية؟ Do you breastfeed your baby? | نعم Yes | لا No |
| Physical Activity | | | |
| 2 | هل تهتمين بوزن طفلك؟ Are you concerned about your baby's weight? | لا No | نعم Yes |
| 3 | هل يشاهد طفلك التلفاز؟ Does your baby watch any TV? | لا No | نعم Yes |
| Safety | | | |
| 4 | هل لديك في منزلك كاشف فعال للدخان؟ Does your home have a working smoke detector? | نعم Yes | لا No |
| 5 | هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتكون دافئة (أقل من 120 درجة)؟ Have you turned your water temperature down to low-warm (less than 120 degrees)? | نعم Yes | لا No |
| 6 | إذا كان منزلك يتكون من أكثر من طابق، فهل وضعتي أقفالاً للسلامة على النوافذ وأبواباً للدرج؟ If your home has more than one floor, do you have safety guards on the windows and gates for the stairs? | نعم Yes | لا No |
| 7 | هل تحتفظين بمواد التنظيف والأدوية والثقاب في مكان محكم الغلق وبعيدة عن متناول الأطفال؟ Does your home have cleaning supplies, medicines, and matches locked away? | نعم Yes | لا No |
| 8 | هل سجلت رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم على تليفون المنزل- (800-222-1222)؟ Does your home have the phone number of the Poison Control Center (800-222-1222) posted by your phone? | نعم Yes | لا No |
| 9 | هل تجعلين طفلك ينام على ظهره/ظهرها بشكل دائم؟ Do you always put your baby to sleep on her/his back? | نعم Yes | لا No |

| | | | | | |
|---------------|------------|------------|--|----|------------------|
| تجاهل Skip | لا No | نعم Yes | هل تبقيين مع طفلك بينما يكون/تكون في حوض الاستحمام؟ Do you always stay with your baby when she/he is in the bathtub? | 10 | |
| تجاهل Skip | لا No | نعم Yes | هل تقومين بوضع طفلك في مقعد السيارة الخاص بالأطفال في الخلف؟ Do you always place your baby in a rear facing car seat in the back seat? | 11 | |
| تجاهل Skip | لا No | نعم Yes | هل تستخدمين مقعد السيارة المناسب لعمر وحجم طفلك؟ Is the car seat you use the right one for the age and size of your baby? | 12 | |
| تجاهل Skip | نعم Yes | لا No | هل يقضي طفلك وقتًا بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ Does your baby spend time in a home where a gun is kept? | 13 | |
| تجاهل Skip | نعم Yes | لا No | هل تقومين بإعطاء طفلك زجاجة بها أي شيء باستثناء التركيبة الغذائية أو لبن الرضاعة أو المياه؟ Do you give your baby a bottle with anything except formula, breast milk, or water? | 14 | Dental Health |
| تجاهل Skip | نعم Yes | لا No | هل يقضي طفلك وقتًا مع أحد المدخنين؟ Does your baby spend time with anyone who smokes? | 15 | Tobacco Exposure |
| تجاهل Skip | نعم Yes | لا No | هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ Do you have any other questions or concerns about your baby's health, development, or behavior? | | |

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

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