

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

3-4 տարեկան (3 – 4 Years)

Երեխայի անունը և ազգանունը	Ծննդյան թվականը	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	Այսօրվա ամսաթիվը	Հաճախո՞ւմ է երեխաների խնամքի հաստատություն/մանկապարտեզ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Ձևաթուղթը լրացնող անձը	<input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Բարեկամ <input type="checkbox"/> Ընկեր <input type="checkbox"/> Խնամակալ <input type="checkbox"/> Այլ (նշել)			Ձևաթուղթը լրացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունե՞ք: <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 ուտո՞ւմ 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 <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Nutrition
2	Ձեր երեխան ուտո՞ւմ է միրգ և բանջարեղեն օրական առնվազն երկու անգամ: <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
3	Ձեր երեխան ավելի հաճախ, քան շաբաթը մեկ անգամ, ուտո՞ւմ է բարձր յուղայնությամբ ուտեստներ, օրինակ՝ տապակած սնունդ, չիպսեր, պաղպաղակ կամ պիցցա: <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
4	Ձեր երեխան խմո՞ւմ է օրական ավելի քան մեկ փոքրիկ բաժակ (4-6 ունցիա) հյութ: <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
5	Ձեր երեխան խմո՞ւմ է զովացուցիչ ըմպելիքներ, հյութեր, սպորտային ըմպելիքներ, էներգետիկ ըմպելիքներ կամ այլ քաղցրացված ըմպելիքներ ավելի հաճախ, քան շաբաթը մեկ անգամ: <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
6	Ձեր երեխան ակտիվ խաղո՞ւմ է շաբաթվա գրեթե բոլոր օրերին: <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	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>	Safety
8	Ձեր երեխան դիտու՞մ 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>	
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	Եթե Ձեր տունը մեկ հարկից ավելի է, Դուք ունե՞ք անվտանգության պաշտպանիչներ պատուհանների և դարպասներ աստիճանավանդակի վրա: <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
12	Ձեր տանը մաքրող նյութերը, դեղորայքը և լուցկին կողպվա՞ծ տեղու՞մ են պահվում: <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
13	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>	
14	Դուք մի՞շտ եք մնում Ձեր երեխայի հետ, երբ նա լոգարանում է: <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
15	Ձեր երեխային մի՞շտ եք նստացնում ավտոմեքենայի հետևի նստատեղին տեղադրված առջև նայող մանկական նստատեղում: <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
16	Ավտոմեքենայի մանկական նստատեղը, որը Դուք օգտագործում եք, համապատասխանու՞մ է Ձեր երեխայի տարիքին և չափսին: <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
17	Մեքենան հետընթաց կատարելիս Դուք մի՞շտ եք ստուգում, թե արդյոք երեխաներ կան հետևում: <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
18	Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնու՞մ 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>	

19	Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնու՞մ 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>	
20	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>	
21	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>	
22	Դուք ամեն օր օգնու՞մ եք Ձեր երեխային խոզանակով և ատամնաբուժական թելով մաքրել ատամները: <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>(No)</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Dental Health
23	Ձեր երեխան ժամանակ անցկացնու՞մ է ծխող անձի հետ: <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
24	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>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Other Questions

Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.

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:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature		Print Name:			Date:
PCP's Signature		Print Name:			Date: