

# Оценка усилий по сохранению здоровья

(Staying Healthy Assessment)

**12 – 17 лет** (12 – 17 Years)

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Девочка <input type="checkbox"/> Мальчик	Сегодняшняя дата	Класс в школе:
Имя заполняющего анкету	<input type="checkbox"/> Мать/отец <input type="checkbox"/> Родственник <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Попечитель <input type="checkbox"/> Иное (укажите)			Посещаемость занятий в школе Регулярная? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

По мере возможности дайте ответы на все вопросы анкеты. Если Вы не знаете ответ или не желаете отвечать на вопрос, обведите кружком слово «Пропустить». При появлении вопросов по поводу каких-либо пунктов данной анкеты обязательно обратитесь к своему врачу. Ваши ответы конфиденциальны и являются частью Вашей медицинской карты.

Нужен ли Вам переводчик?  
 Да  Нет

**Clinic Use Only:**

Nutrition

1	Входят ли в Ваш ежедневный рацион питания 3 порции пищевых продуктов или напитков, богатых кальцием, например, молоко, сыр, йогурт, соевое молоко или соевый творог тофу? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Nutrition
2	Потребляете ли Вы овощи и фрукты не реже 2 раз в день? <i>Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
3	Потребляете ли Вы жирную пищу – жареное, чипсы, мороженое, пиццу – более одного раза в неделю? <i>Eats high fat foods more than once per week?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
4	Потребляете ли Вы ежедневно более 330 мл (одна банка газировки) сокодержущих, спортивных, энергетических или подслащенных кофейных напитков? <i>Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
5	Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями или игровыми видами спорта 4—5 раз в неделю или чаще? <i>Exercises or plays sports most days of the week?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Physical Activity
6	Беспокоит ли Вас то, сколько Вы весите? <i>Concerned about weight?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
7	Отводите ли Вы просмотру телепередач или компьютерным играм менее 2 часов в день? <i>Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
8	Установлена ли у Вас дома находящаяся в рабочем состоянии пожарная сигнализация? <i>Home has working smoke detector?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Safety

9	Записан ли у Вас дома рядом с телефонным аппаратом номер телефона Центра помощи при отравлениях (Poison Control Center) (800-222-1222)? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
10	Пристегиваетесь ли Вы, когда едете в машине? <i>Always wears a seatbelt when riding in a car?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
11	Бываете ли Вы в доме, где хранится огнестрельное оружие? <i>Spends time in a home where a gun is kept?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
12	Проводите ли Вы время с кем-либо, кто имеет при себе огнестрельное, режущее или иное оружие? <i>Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
13	Всегда ли Вы надеваете шлем при езде на велосипеде, скейтборде или скутере? <i>Always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
14	Были ли Вы когда-либо свидетелем жестокого обращения или насилия? <i>Ever witnessed abuse or violence?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
15	Подвергались ли Вы за последний год физическому насилию, например ударам по телу или лицу или ударам ногами? Наносили ли Вы кому-либо телесные повреждения за последний год? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
16	Подвергались ли Вы угрозам и испытывали ли когда-либо чувство страха в школе или Вашем районе проживания; подвергались ли Вы запугиванию в интернете? <i>Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
17	Проводите ли Вы ежедневную чистку зубов щеткой и зубной нитью? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Dental Health
18	Часто ли Вы испытываете чувство тоски, подавленности или безнадежности? <i>Often feels sad, down, or hopeless?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Mental Health
19	Находитесь ли Вы в окружении курящих? <i>Spends time with anyone who smokes?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	Вы курите сигареты или жуеете табак? <i>Smokes cigarettes or chews tobacco?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
21	Используете (или вдыхаете) ли Вы вещества для достижения наркотического опьянения, например марихуану, кокаин, крэк, метамфетамин, «экстази» и т. д.? <i>Uses or sniffs any substance to get high?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
22	Принимаете ли Вы не прописанные Вам лекарства? <i>Uses medicines not prescribed for her/him?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

23	Потребляете ли Вы спиртные напитки 1 раз в неделю или чаще? <i>Drinks alcohol once a week or more?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
25	Есть ли у Вас друзья или родственники, злоупотребляющие спиртным или принимающие наркотики? <i>Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
26	Водите ли Вы машину после потребления спиртных напитков, ездите ли в машине с водителем, находящимся под воздействием спиртного или наркотических средств? <i>Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
Ваши ответы на темы половой жизни и предохранения от беременности строго конфиденциальны и не подлежат разглашению третьим лицам, включая Ваших родителей, без Вашего согласия.					
27	Были ли случаи, когда Вас принуждали к половому акту без Вашего согласия или желания? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Sexual Issues
28	Вступали ли Вы когда-либо в половой контакт (оральный, вагинальный или анальный)? <i>Если «нет» —перейдите к вопросу 35.</i> <i>Ever had sex (oral, vaginal, or anal)?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
29	Есть ли у Вас подозрение, что Вы или Ваш партнер можете страдать инфекционным заболеванием, передающимся половым путем (ЗППП), таким как хламидиоз, гонорея, остроконечные кондиломы, и т. д.? <i>Thinks she/he or partner could have a STI?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
30	За последний год состояли ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половых отношениях с другими людьми? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
31	В течение этого года были ли случаи, когда Вы или Ваш(и) партнер(ы) совершали половой акт без использования противозачаточных средств? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
32	Использовали ли Вы противозачаточные средства при последнем половом контакте? <i>Used birth control the last time she/he had sex?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
33	В течение этого года были ли случаи, когда Вы или Ваш(и) партнер(ы) совершали половой акт без презерватива? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

34	Использовали ли Вы презерватив при последнем половом контакте? <i>She/he or partner used a condom the last time they had sex?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
35	У Вас есть вопросы по поводу вашей сексуальной ориентации (к кому вы себя относите): к мужскому или женскому полу или к какому-либо другому? <i>Any questions about sexual orientation or gender identity?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
36	Есть ли у Вас другие вопросы или опасения относительно своего здоровья? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

*Если «да», укажите:*

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