

# Оценка усилий по сохранению здоровья

(Staying Healthy Assessment)

**3 – 4 года** (3 – 4 Years)

Имя и фамилия ребенка	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Девочка <input type="checkbox"/> Мальчик	Сегодняшняя дата	Посещает ясли/детский сад? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
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)			Нужна ли Вам помощь с заполнением анкеты? <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 ежедневный рацион питания ребенка 3 порции пищевых продуктов или напитков, богатых кальцием, например, молоко, сыр, йогурт, соевое молоко или соевый творог тофу? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Nutrition
2	Потребляет ли ребенок овощи и фрукты не реже 2 раз в день? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
3	Потребляет ли ребенок жирную пищу — жареное, чипсы, мороженое, пиццу — более одного раза в неделю? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
4	Выпивает ли ребенок ежедневно более одной небольшой чашки (100—170 мл) сока? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
5	Потребляет ли ребенок газированные, сокосодержащие, спортивные, энергетические либо другие подслащенные напитки чаще одного раза в неделю? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
6	Играет ли ребенок в подвижные игры 4—5 раз в неделю или чаще? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Physical Activity
7	Обеспокоены ли Вы весом ребенка? <i>Concerned about your child's weight?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

8	Уделяет ли ребенок просмотру телепередач или компьютерным играм менее 2 часов в день? <i>Child 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>	Safety
9	Установлена ли у Вас дома находящаяся в рабочем состоянии пожарная сигнализация? <i>Home has a working smoke detector?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
10	Установлен ли у Вас регулятор температуры горячей воды в положение «низкий уровень – теплая», на температуру менее 48,8 °C (120 градусов по Фаренгейту)? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
11	Если в Вашем доме более одного этажа, установлены ли в нем защитные оконные решетки и предохранительные ворота на лестницах? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
12	Заперты ли у Вас дома в безопасном месте моющие средства, лекарства и спички? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
13	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>	
14	Постоянно ли Вы находитесь рядом с ребенком во время его купания в ванне? <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
15	При поездке в автомобиле находится ли ребенок постоянно на заднем сиденье в автокресле, зафиксированном в положении лицом по ходу автомобиля? <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
16	Соответствует ли автокресло возрасту и росту ребенка? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
17	Прежде чем отъезжать задним ходом/выезжать из гаража, проверяете ли Вы всегда, что за автомобилем нет детей? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

18	Бывает ли Ваш ребенок у бассейна, реки или озера? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
19	Бывает ли Ваш ребенок в доме, где хранится огнестрельное оружие? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
20	Всегда ли ребенок надевает шлем при езде на велосипеде, скейтборде или скутере? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
21	Был ли Ваш ребенок когда-либо свидетелем или жертвой жестокого обращения или насилия? <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
22	Помогаете ли Вы ребенку с ежедневной чисткой зубов щеткой и зубной нитью? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Dental Health
23	Бывает ли ребенок в окружении курящих? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
24	Есть ли у Вас дополнительные вопросы или опасения относительно здоровья, развития и поведения своего ребенка? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Other Questions

Если «да», укажите:

<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"/> 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"/> <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: