

تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الشباب في سن الرشد (Adult)

تاريخ اليوم	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد	اسم المريض (الأول والأخير)
هل تريد المساعدة في بيانات الاستمارة؟	<input type="checkbox"/> أحد أفراد العائلة <input type="checkbox"/> أحد الأصدقاء <input type="checkbox"/> علاقة أخرى <input type="checkbox"/> لا	اسم الشخص الذي يملء النموذج (إذا رغب المريض في المساعدة)	يرجي التحديد

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. يُرجى محادثة الطبيب إذا كان لديك أية استفسارات حول هذا النموذج. ستكون إجاباتك محفوظة كجزء من سجلك الطبي.

هل تحتاج إلى مترجم؟

نعم
 لا

Clinic Use Only:

Nutrition

تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	1 هل تتناول ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطبية أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	2 هل تأكل الفاكهة والخضراوات كل يوم؟ Eats fruits and vegetables every day?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	3 هل تقلل من كمية الأطعمة المقلية أو الأطعمة السريعة التي تتناولها؟ Limits the amount of fried food or fast food eaten?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	4 هل يمكنك الحصول على الأطعمة الصحية الكافية بسهولة؟ Easily able to get enough healthy food?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	5 هل تشرب المياه الغازية أو العصائر أو مشروبات الرياضة أو الطاقة معظم أيام الأسبوع؟ Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	6 هل تأكل كميات كثيرة أم كميات قليلة من الطعام؟ Often eats too much or too little food?
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	7 هل تهتم بوزنك؟ Concerned about weight?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	8 هل تتمرّن أو تمارس بعض الأنشطة مثل المشي أو زراعة الحدائق أو السباحة لمدة نصف ساعة في اليوم؟ Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	9 هل تشعر بالأمان في مكان سكنك؟ Feels safe where she/he lives?

Physical Activity

Safety

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعرضت لحادث سيارة مؤخرًا؟ Had any car accidents lately?	10	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل قام أحد بضربك أو صفعك أو ركلك أو تم الاعتداء عليك جسديًا خلال العام الماضي؟ Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?	11	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل دائمًا ما ترتدي حزام الأمان عندما تقود السيارة؟ Always wears a seat belt when driving or riding in a car?	12	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تحتفظ بمسدس في منزلك أو في المكان الذي تعيش فيه؟ Keeps a gun in house or place where she/he lives?	13	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقوم بتنظيف أسنانك يوميًا باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ Brushes and flosses teeth daily?	14	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تشعر أحيانًا بالحزن أو باليأس أو بالغضب أو بالقلق؟ Often feels sad, hopeless, angry, or worried?	15	Mental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعاني أحيانًا من الأرق في النوم؟ Often has trouble sleeping?	16	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تدخن أو تمضغ التبغ؟ Smokes or chews tobacco?	17	Alcohol, Tobacco, Drug Use
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يدخن الأصدقاء أو أفراد العائلة في المنزل أو في المكان الذي تعيش فيه؟ Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?	18	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	في السنة الماضية، هل كنت: ○ (الرجال) تشرب خمس أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم؟ ○ (النساء) تشربين أربع أو أكثر من المشروبات الكحولية في اليوم؟ In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?	19	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تستخدم أي مخدرات أو أدوية لتنام أو تسترخي أو تهدأ أو تشعر بتحسن أو تفقد الوزن؟ Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?	20	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أنك أنت أو شريكك تريدان الإنجاب؟ Thinks she/he or partner could be pregnant?	21	Sexual Issues
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أنك تعاني أنت أو شريكك من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل المتدثرة أو مرض السيلان أو التآليل التناسلية، إلخ؟ Thinks she/he or partner could have an STI?	22	

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس بدون وسائل تنظيم النسل خلال العام الماضي؟ She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?	23	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس مع أشخاص آخرين خلال العام الماضي؟ She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?	24	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست الجنس أنت أو أحد من شركائك بدون واقٍ ذكري خلال العام الماضي؟ She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?	25	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل أُجبرت من قبل أو تم الضغط عليك لممارسة الجنس؟ Ever been forced or pressured to have sex?	26	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أية مخاوف أو استفسارات تتعلق بصحتك؟ Any other questions or concerns about health?	27	Other Questions

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"/> 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:	