

## تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الطفل من عمر 12 إلى 17 سنة (12 – 17 Years)

الاسم (الأول والأخير)		تاريخ الميلاد	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ اليوم	الطفل في أي صف دراسي:
الشخص الذي يقوم بملء النموذج		<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)			هل يحضر الطفل إلى المدرسة بانتظام؟ <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. يُرجى محاثة الطبيب إذا كان لديك أية استفسارات حول هذا النموذج. ستكون إجاباتك محفوظة كجزء من سجلك الطبي.					هل تحتاج إلى مترجم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<b>Nutrition</b>					
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تتناول ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يوميًا، مثل: الوصفات الطبية أو اللبن أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ Do you drink or eat 3 servings of calcium-rich foods daily, such as milk, cheese, yogurt, soy milk, or tofu?	1	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تتناول الفاكهة والخضراوات على الأقل مرتين في اليوم؟ Do you eat fruits and vegetables at least 2 times per day?	2	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تتناول الأطعمة المشبعة بالدهون مثل الطعام المقلي أو رقائق البطاطس أو المثلجات أو البيتزا أكثر من مرة في الأسبوع؟ Do you eat high fat foods, such as fried foods, chips, ice cream, or pizza more than once per week?	3	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تشرب أكثر من 12 أونصة (علبة مياه غازية) في اليوم من العصير أو مشروب الرياضة أو مشروب الطاقة أو القهوة المحلاة؟ Do you drink more than 12 oz. (1 soda can) per day of juice drink, sports drink, energy drink, or sweetened coffee drink?	4	
<b>Physical Activity</b>					
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تتمرّن أو تمارس الرياضة خلال معظم أيام الأسبوع؟ Do you exercise or play sports most days of the week?	5	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تهتم بوزنك؟ Are you concerned about your weight?	6	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تشاهد التلفاز أو تلعب ألعاب الفيديو لأقل من ساعتين في اليوم؟ Do you watch TV or play video games less than 2 hours per day?	7	
<b>Safety</b>					
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل لديك في منزلك كاشف فعّال للدخان؟ Does your home have a working smoke detector?	8	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم مُسجل 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?	9	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل دائمًا ما ترتدي حزام الأمان عندما تقود السيارة؟ Do you always wear a seatbelt when riding in a car?	10	

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تقضي وقتًا بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ Do you spend time in a home where a gun is kept?	11	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تقضي وقتًا مع أي شخص يحمل مسدسًا أو سكينًا أو أي سلاح آخر؟ Do you spend time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?	12	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل دائمًا ما ترتدي خوذة أثناء ركوب الدراجة أو لوح التزلج أو السكوتر؟ Do you always wear a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?	13	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعرضت من قبل لإساءة المعاملة أو العنف؟ Have you ever witnessed abuse or violence?	14	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل قام أحد بضربك أو صفعك أو ركلك (أو قمت أنت بضرب أي أحد) العام الماضي؟ Have you been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or have you hurt someone) in the past year?	15	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تشعر بالخوف أو عدم الأمان في المدرسة أو في الحي (أو قام أحد بتخويفك عن طريق الإنترنت)؟ Have you ever been bullied or felt unsafe at school or in your neighborhood (or been cyber-bullied)?	16	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقوم بتنظيف أسنانك يوميًا باستخدام فرشاة وخيط الأسنان؟ Do you brush and floss your teeth daily?	17	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تشعر أحيانًا بالحزن أو بالاكئاب أو باليأس؟ Do you often feel sad, down, or hopeless?	18	Mental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تقضي وقتًا مع أحد المدخنين؟ Do you spend time with anyone who smokes?	19	Alcohol, Tobacco, Drug Use
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تدخن أو تمضغ التبغ؟ Do you smoke cigarettes or chew tobacco?	20	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تستخدم أو تشم موادًا للوصول إلى حالة التثوى مثل الماريجوانا أو الكوكايين أو نوعًا مركبًا من الكوكايين أو الميثامفيتامين أو عقار الهلوسة، إلخ؟ Do you use or sniff any substance to get high, such as marijuana, cocaine, crack, Methamphetamine (meth), ecstasy, etc.?	21	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تستخدم أدوية ليست موصوفة لك من قبل الطبيب؟ Do you use medicines not prescribed for you?	22	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تشرب الكحول مرة واحدة أو أكثر خلال الأسبوع؟ Do you drink alcohol once a week or more?	23	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل عندما تشرب الكحول تشرب لدرجة التمل أم لدرجة أن يُغمي عليك؟ If you drink alcohol, do you drink enough to get drunk or pass out?	24	

تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يعاني أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء من مشكلة مع المخدرات أو الكحول؟ Do you have friends or family members who have a problem with drugs or alcohol?	25	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تقود السيارة بعد شرب الكحول أو تتركب سيارة يقودها شخص يشرب الكحول أو يتعاطى المخدرات؟ Do you drive a car after drinking, or ride in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?	26	
لا يمكن مشاركة إجاباتك المتعلقة بالجنس وتنظيم الأسرة مع أي شخص بما فيهم والداك بدون إذنك.					
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل أجبرت من قبل أو تم الضغط عليك لممارسة الجنس؟ Have you ever been forced or pressured to have sex?	27	Sexual Issues
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل قمت من قبل بممارسة الجنس عن طريق (الفم أو المهبل أو الشرج)؟ إذا كانت الإجابة بلا فتوجه إلى سؤال رقم 35. Have you ever had sex (oral, vaginal, or anal)? If no, skip to question 35.	28	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تعتقد أنك تعاني أنت أو شريكك من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي مثل المتنترة أو مرض السيلان أو التآليل التناسلية، إلخ؟ Do you think you or your partner could have a sexually transmitted infection (STI), such as Chlamydia, Gonorrhea, genital warts, etc.?	29	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس مع أشخاص آخرين خلال العام الماضي؟ Have you or your partner(s) had sex with other people in the past year?	30	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست أنت أو أحد من شركائك الجنس بدون وسائل تنظيم النسل خلال العام الماضي؟ Have you or your partner(s) had sex without using birth control in the past year?	31	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل استخدمت وسيلة لتحديد النسل خلال المرة الأخيرة التي مارست فيها الجنس؟ The last time you had sex, did you use birth control?	32	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل مارست الجنس أنت أو أحد من شركائك بدون واقٍ ذكري خلال العام الماضي؟ Have you or your partner(s) had sex without a condom in the past year?	33	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل استخدمت أنت أو شريكك واقياً ذكرياً خلال المرة الأخيرة لممارسة الجنس؟ Did you or your partner use a condom the last time you had sex?	34	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك استفسارات عن توجهك الجنسي (الجنس الذي تميل إليه) أو الهوية الجندرية (هل تشعر بأنك ولد أم فتاة أو جنس آخر)؟ Do you have any questions about your sexual orientation (who you are attracted to) or gender identity (how you feel as a boy, girl, or other gender)?	35	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أية مخاوف أو استفسارات تتعلق بصحتك؟ Do you have any other questions or concerns about your health?	36	Other Questions

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:

<b>Clinic Use Only</b>	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Dental Health <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use <input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	