

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

0 – 6 ամիս (0 – 6 Months)

Երեխայի անունը և ազգանունը	Ծննդյան թվականը	<input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	Այսօրվա ամսաթիվը	Հաճախո՞ւմ է երեխաների խնամքի հաստատություն/մանկ ապարտեզ <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

					Nutrition
1	Դուք կրծքով կերակրո՞ւմ եք Ձեր երեխային: <i>Breastfeeds baby?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
	Դուք մտահոգվա՞ծ եք Ձեր երեխայի քաշով: <i>Concerned about baby's weight?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
	Ձեր երեխան հեռուստացույց նայո՞ւմ է: <i>Baby watches any TV?</i>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
	Ձեր տանը տեղադրվա՞ծ է ծխի աշխատող դետեկտոր: <i>Home has working smoke detector?</i>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
		Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	

6	<p>Եթե Ձեր տունը մեկ հարկից ավելի է, Դուք ունե՞ք անվտանգության պաշտպանիչներ պատուհանների և դարպասներ աստիճանավանդակի վրա: <i>Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
		Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
		Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
		Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
	<p>Դուք միշտ մնո՞ւմ եք Ձեր երեխայի հետ, երբ նա լողարանում է: <i>Always stays with baby in the bathtub?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
	<p>Ձեր երեխային մի՞շտ եք նստացնում ավտոմեքենայի հետևի նստատեղին տեղադրված հետև նայող մանկական նստատեղում: <i>Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
		Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>
		Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>

14	<p>Դուք տալի՞ս եք Ձեր երեխային շիշ, որտեղ արհեստական կերից, կրծքի կաթից կամ ջրից բացի այլ բան կա: <i>Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Dental Health
		Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
	<p>Ձեր երեխայի առողջությանը, զարգացմանը կամ վարքին վերաբերող այլ հարցեր կամ մտահոգություններ ունե՞ք: <i>Any other questions or concerns about baby's health, development or behavior?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	

Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.

<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"/> Patient Declined the SHA