

## تقييم الحالة الصحية

(Staying Healthy Assessment)

الرضيع من عمر 7 إلى 12 شهراً (7–12 Months)

اسم الطفل (الأول والأخير)	تاريخ الميلاد	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ اليوم	هل يتم رعاية الطفل من قبل أحد غير الوصي القانوني عليه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الشخص الذي يقوم بملاء 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 تريد المساعدة في بيانات الاستمارة؟ <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. يرجى ملاحظة 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>Clinic Use Only:</b>				
<b>Nutrition</b>				
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقومين بإرضاع طفلك رضاعة طبيعية؟ Do you breastfeed your baby?	1
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل يتناول طفلك ثلاث وجبات من الأطعمة والمشروبات الغنية بالكالسيوم يومياً، مثل: الوصفات الطبية أو لبن الرضاعة أو الجبن أو الزبادي أو حليب الصويا أو التوفو؟ Does your baby drink or eat 3 servings of calcium-rich foods daily, such as formula, breast milk, cheese, yogurt, soy milk, or tofu?	2
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تهتمين بوزن طفلك؟ Are you concerned about your baby's weight?	3
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يشاهد طفلك التلفاز؟ Does your baby watch any TV?	4
<b>Safety</b>				
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل لديك في منزلك كاشف فعّال للدخان؟ Does your home have a working smoke detector?	5
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل قمت بتقليل درجة حرارة المياه لتكون دافئة (أقل من 120 درجة)؟ Have you turned your water temperature down to low-warm (less than 120 degrees)?	6
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	إذا كان منزلك يتكون من أكثر من طابق، فهل وضعتي أقفالاً للسلامة على النوافذ وأبواباً للدرج؟ If your home has more than one floor, do you have safety guards on the windows and gates for the stairs?	7
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تحتفظين بمواد التنظيف والأدوية والثقاب في مكان محكم الغلق وبعيدة عن متناول الأطفال؟ Does your home have cleaning supplies, medicines, and matches locked away?	8
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل سجلت رقم الهاتف الخاص بمركز مكافحة السموم 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 تجعلين طفلك ينام على ظهره/ظهرها بشكل دائم؟ Do you always put your baby to sleep on her/his back?	10

تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تبقين مع طفلك بينما يكون/تكون في حوض الاستحمام؟ Do you always stay with your baby when she/he is in the bathtub?	11	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تقومين بوضع طفلك في مقعد السيارة الخاص بالأطفال في الخلف؟ Do you always place your baby in a rear facing car seat in the back seat?	12	
تجاهل Skip	لا No	نعم Yes	هل تستخدمين مقعد السيارة المناسب لعمر وحجم طفلك؟ Is the car seat you use the right one for the age and size of your baby?	13	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتًا بالقرب من حمام السباحة أو النهر أو البحيرة؟ Does your baby spend time near a swimming pool, river, or lake?	14	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتًا بالمنزل بينما يوجد مسدس؟ Does your baby spend time in a home where a gun is kept?	15	
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل تقومين بإعطاء طفلك زجاجة بها أي شيء باستثناء التركيبة الغذائية أو اللبن أو المياه؟ Do you give your baby a bottle with anything except formula, breast milk, or water?	16	Dental Health
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل يقضي طفلك وقتًا مع أحد المدخنين؟ Does your baby spend time with anyone who smokes?	17	Tobacco Exposure
تجاهل Skip	نعم Yes	لا No	هل لديك أية تساؤلات أو مخاوف حول صحة طفلك، أو نموه أو سلوكه؟ Do you have any other questions or concerns about your baby's health, development or behavior?		

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"/> 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: