

Оценка усилий по сохранению здоровья

(Staying Healthy Assessment)

5 – 8 лет (5 – 8 Years)

Имя и фамилия ребенка	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Девочка <input type="checkbox"/> Мальчик	Сегодняшняя дата	Класс в школе:
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)			Посещаемость занятий в школе Регулярная? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<i>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.</i>				Нужен ли Вам переводчик? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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>
2	Потребляет ли ребенок овощи и фрукты не реже 2 раз в день? <i>Child eats fruits and vegetables at least two 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/ sports/ energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>
				Physical Activity
6	Занимается ли ребенок физическими упражнениями или игровыми видами спорта 4—5 раз в неделю или чаще? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>
7	Обеспокоены ли Вы весом ребенка? <i>Concerned about 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	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>	
12	Всегда ли Вы сажаете ребенка на специальное кресло-подушку на заднем сиденье (либо — используете ли Вы ремень безопасности, если рост ребенка превышает 145 см)? <i>Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
13	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>	
14	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>	
15	Проводит ли Ваш ребенок время с кем-либо, кто имеет при себе огнестрельное, режущее или иное оружие? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
16	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>	
17	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>	
18	За последний год бил ли кто-либо Вашего ребенка либо бил ли Ваш ребенок кого-либо? <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

19	<p>Подвергался ли ребенок угрозам и испытывал ли когда-либо чувство страха в школе или Вашем районе проживания; подвергался ли он запугиванию в интернете? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i></p>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
20	<p>Проводит ли ребенок ежедневную чистку зубов щеткой и зубной нитью? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i></p>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Dental Health
21	<p>Часто ли ребенок выглядит грустным или подавленным? <i>Child often seems sad or depressed?</i></p>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Mental Health
22	<p>Бывает ли ребенок в окружении курящих? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i></p>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Tobacco Exposure
23	<p>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></p>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Other Questions

Если «да», укажите:

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"/> Patient Declined the SHA
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: