

# Оценка усилий по сохранению здоровья

(Staying Healthy Assessment)

**5 – 8 лет** (5 – 8 Years)

|  |   |  |                  |   |
|--|---|--|------------------|---|
| Имя и фамилия ребенка  | Дата рождения   | <input type="checkbox"/> Девочка<br><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<br><input type="checkbox"/> Иное (укажите)  |  |                  | Посещаемость занятий в школе<br>Регулярная?<br><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?<br><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                    |
|  |   |  |                  | <b>Clinic Use Only:</b><br>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?<br><i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>     | Да<br><i>Yes</i>   | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><i>Skip</i>   |
| 2  | Потребляет ли ребенок овощи и фрукты не реже 2 раз в день?<br><i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>   | Да<br><i>Yes</i>   | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><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<br><i>No</i>   | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i>   |
| 4  | Выпивает ли ребенок ежедневно более одной небольшой чашки (100—170 мл) сока?<br><i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>   | Нет<br><i>No</i>   | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><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<br><i>No</i>   | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i>   |
| 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<br><i>Yes</i>   | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><i>Skip</i>   |
| 7  | Обеспокоены ли Вы весом ребенка?<br><i>Concerned about child's weight?</i>  | Нет<br><i>No</i>   | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i>   |
|  |   |  |                  | Physical Activity   |

|    |  |                  |                  |                           |        |
|----|--|------------------|------------------|---------------------------|--------|
| 8  | Уделяет ли ребенок просмотру телепередач или компьютерным играм менее 2 часов в день?<br><i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>   | Да<br><i>Yes</i> | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> | Safety |
| 9  | Установлена ли у Вас дома находящаяся в рабочем состоянии пожарная сигнализация?<br><i>Home has a working smoke detector?</i>  | Да<br><i>Yes</i> | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><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<br><i>Yes</i> | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><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)?<br><i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>   | Да<br><i>Yes</i> | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><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)?<br><i>Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?</i> | Да<br><i>Yes</i> | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> |        |
| 13 | Бывает ли Ваш ребенок у бассейна, реки или озера?<br><i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>  | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> |        |
| 14 | Бывает ли Ваш ребенок в доме, где хранится огнестрельное оружие?<br><i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>  | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> |        |
| 15 | Проводит ли Ваш ребенок время с кем-либо, кто имеет при себе огнестрельное, режущее или иное оружие?<br><i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>  | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> |        |
| 16 | Всегда ли ребенок надевает шлем при езде на велосипеде, скейтборде или скутере?<br><i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>  | Да<br><i>Yes</i> | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> |        |
| 17 | Был ли Ваш ребенок когда-либо свидетелем или жертвой жестокого обращения или насилия?<br><i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>  | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> |        |
| 18 | За последний год бил ли кто-либо Вашего ребенка либо бил ли Ваш ребенок кого-либо?<br><i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>   | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><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?<br/><i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i></p> | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> |                  |
| 20 | <p>Проводит ли ребенок ежедневную чистку зубов щеткой и зубной нитью?<br/><i>Child brushes and flosses teeth daily?</i></p>  | Да<br><i>Yes</i> | Нет<br><i>No</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> | Dental Health    |
| 21 | <p>Часто ли ребенок выглядит грустным или подавленным?<br/><i>Child often seems sad or depressed?</i></p>  | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> | Mental Health    |
| 22 | <p>Бывает ли ребенок в окружении курящих?<br/><i>Child spends time with anyone who smokes?</i></p>   | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> | Tobacco Exposure |
| 23 | <p>Есть ли у Вас дополнительные вопросы или опасения относительно здоровья, развития и поведения своего ребенка?<br/><i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i></p>  | Нет<br><i>No</i> | Да<br><i>Yes</i> | Пропустить<br><i>Skip</i> | Other Questions  |

Если «да», укажите:

| <b><i>Clinic Use Only</i></b>              | 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:  |
| <b>SHA ANNUAL REVIEW</b>                   |                          |                          |                          |                          |  |
| PCP's Signature                            |                          | Print Name:              |                          |                          | Date:  |
| PCP's Signature                            |                          | Print Name:              |                          |                          | Date:  |
| PCP's Signature                            |                          | Print Name:              |                          |                          | Date:  |