

Оценка усилий по сохранению здоровья

(Staying Healthy Assessment)

9 – 11 лет (9 – 11 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

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.

Нужен ли Вам переводчик?

 Да 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 Yes	Нет No	Пропустить Skip	Nutrition
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 Yes	Нет No	Пропустить Skip	
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 No	Да Yes	Пропустить Skip	
4	Выпивает ли ребенок ежедневно более одной чашки (225 мл) сока? <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	Нет No	Да Yes	Пропустить Skip	
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 No	Да Yes	Пропустить Skip	
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 Yes	Нет No	Пропустить Skip	Physical Activity
7	Обеспокоены ли Вы весом ребенка? <i>Concerned about child's weight?</i>	Нет No	Да Yes	Пропустить Skip	
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 Yes	Нет No	Пропустить Skip	

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>	Safety
10	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>	
11	Всегда ли Ваш ребенок сидит на заднем сиденье и пристегнут ремнем безопасности (либо сидит на заднем сиденье в специальном-кресле подушке при росте ниже 145 см)? <i>Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
12	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>	
13	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>	
14	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>	
15	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>	
16	Был ли Ваш ребенок когда-либо свидетелем или жертвой жестокого обращения или насилия? <i>Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
17	За последний год бил ли кто-либо Вашего ребенка либо бил ли Ваш ребенок кого-либо? <i>Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
18	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, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
19	Проводит ли ребенок ежедневную чистку зубов щеткой и зубной нитью? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Dental Health
20	Часто ли ребенок выглядит грустным или подавленным? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Mental Health

21	Бывает ли ребенок в окружении курящих? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	Курил ли когда-либо ребенок сигареты (жевал ли табак)? <i>Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
23	Обеспокоены ли Вы тем, что ребенок возможно принимает (вдыхает) вещества для достижения наркотического опьянения, например, клей? <i>Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
24	Обеспокоены ли Вы тем, что ребенок возможно, употребляет спиртные напитки — пиво, вино или крепкие спиртные напитки? <i>Concerned that child may be drinking alcohol?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
25	Есть ли у ребенка друзья или родственники, злоупотребляющие спиртным или принимающие наркотики? <i>Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
26	Начал ли Ваш ребенок «встречаться» с другом или подружкой? <i>Child started dating or “going out” with boyfriends or girlfriends?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Sexual Issues
27	Считаете ли Вы, что ребенок уже ведет половую жизнь? <i>Thinks child might be sexually active?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
28	Есть ли у Вас дополнительные вопросы или опасения относительно здоровья, развития и поведения своего ребенка? <i>Questions or concerns about child’s health or behavior?</i>	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"/> Patient Declined the SHA
<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"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP’s Signature:	Print Name:			Date:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP’s Signature:	Print Name:			Date:	
PCP’s Signature:	Print Name:			Date:	