

# ارزیابی حفظ سلامتی

(Staying Healthy Assessment)

## ساختوردگان (Senior)

نام بیمار (نام و نام خانوادگی)	تاریخ تولد	مونت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	تاریخ امروز
شخص تکمیل کننده فرم (اگر بیمار نیاز به کمک دارد) <input type="checkbox"/> فامیل <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		برای تکمیل این فرم کمک لازم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No	
نیاز به مترجم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No		لطفاً شرح دهید:	
نیاز به مترجم دارید؟ <input type="checkbox"/> بله Yes <input type="checkbox"/> خیر No		لطفاً به تمام سوالات این فرم به بهترین نحوی که می توانید پاسخ بدهید. اگر پاسخ را نمی دانید یا مایل نیستید پاسخ بدهید دور "صرف نظر" دایره بکشید. اگر درباره هر موضوعی در این فرم سوال دارید با پزشک صحبت کنید. پاسخ هایی که می دهید بعنوان بخشی از سوابق پزشکی شما محافظت خواهند شد.	
<b>Clinic Use Only:</b>			
Nutrition			
1	آیا روزانه 3 وعده غذا یا نوشیدنی سرشار از کلسیم مانند شیر، پنیر، ماست، شیر سویا، یا توفو مصرف می کنید؟ <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	بله Yes خیر No	صرف نظر Skip
2	آیا هر روز میوه و سبزیجات می خورید؟ <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	بله Yes خیر No	صرف نظر Skip
3	آیا مصرف غذاهای سرخ کردنی یا فست فود (غذای فوری) را محدود کرده اید؟ <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	بله Yes خیر No	صرف نظر Skip
4	آیا می توانید بر راحتی غذاهای سالم به میزان کافی در اختیار داشته باشید؟ <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	بله Yes خیر No	صرف نظر Skip
5	آیا در بیشتر روزهای هفته نوشابه، نوشیدنی های حاوی آبمیوه، نوشیدنی های ورزشی یا انرژی زا می نوشید؟ <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	خیر No بله Yes	صرف نظر Skip
6	آیا اغلب بیش از اندازه یا کمتر از اندازه غذا می خورید؟ <i>Often eats too much or too little food?</i>	خیر No بله Yes	صرف نظر Skip
7	آیا جویدن یا بلعیدن برای شما مشکل است؟ <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	خیر No بله Yes	صرف نظر Skip
8	آیا نگران وزن خود هستید؟ <i>Concerned about weight?</i>	خیر No بله Yes	صرف نظر Skip
Physical Activity			
9	آیا روزی حداقل 1/2 ساعت نرمش می کنید یا به فعالیت هایی چون پیاده روی، باغبانی، شنا می پردازید؟ <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>	بله Yes خیر No	صرف نظر Skip
Safety			
10	آیا در محل زندگی خود احساس امنیت می کنید؟ <i>Feels safe where she/he lives?</i>	بله Yes خیر No	صرف نظر Skip
11	آیا اغلب مصرف داروهای خود را فراموش می کنید؟ <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	خیر No بله Yes	صرف نظر Skip

صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	12	آیا دوستان یا فامیل نگران رانندگی کردن شما هستند؟ Family members/friends worried about her/his driving?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	13	آیا اخیراً حادثه رانندگی داشته اید؟ Any car accidents lately?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	14	آیا پیش می آید که زمین بخورید و آسیب ببینید، یا بلند شدن برای شما مشکل باشد؟ Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	15	آیا در سال گذشته کسی شما را کتک، سیلی، یا لگد زده یا مورد آزار جسمانی قرار داده است؟ Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	16	آیا در خانه یا محل زندگی خود تفنگ نگهداری می کنید؟ Keeps a gun in house/place where she/he lives?	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	17	آیا هر روز دندان های خود را نخ کشیده و مسواک می زنید؟ Brushes and flosses teeth daily?	Dental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	18	آیا اغلب غمگین، نا امید، عصبانی یا نگران هستید؟ Often feels sad, hopeless, angry, or worried?	Mental Health
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	19	آیا اغلب از مشکلات خواب رنج می برید؟ Often has trouble sleeping?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	20	آیا شما یا دیگران فکر می کنید که به یاد آوردن چیزها برای تان دشوار شده است؟ Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	21	آیا سیگار می کشید یا توتون می جوید؟ Smokes or chews tobacco?	Alcohol, Tobacco, Drug Use
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	22	آیا دوستان یا فامیل در خانه یا محل زندگی شما سیگار می کشند؟ Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	23	آیا در سال گذشته، 4 یا بیشتر نوشیدنی الکلی در یک روز مصرف کرده اید؟ In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	24	آیا برای کمک به خوابیدن، آرامش، آرام شدن، احساس بهتر داشتن یا کاهش وزن مواد یا داروهای مصرف می کنید؟ Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	25	آیا فکر می کنید شما یا شریک زندگی شما ممکن است به یک بیماری مقاربتی (STD) مانند کلامیدیا، سوزاک، تاول های ناحیه دستگاه تناسلی و غیره مبتلا باشید؟ Thinks she/he or partner could have an STI?	Sexual Issues

صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته با افراد دیگر نیز رابطه جنسی داشته اید؟ <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	26	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا شما یا شریک(های) زندگی شما در سال گذشته بدون کاندوم رابطه جنسی داشته اید؟ <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	27	
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا هرگز مجبور به داشتن روابط جنسی شده اید یا برای برقراری روابط جنسی تحت فشار بوده اید؟ <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	28	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا کسی را دارید که در تصمیم گیری های مربوط به سلامتی و مراقبت های درمانی به شما کمک کند؟ <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i>	29	Independent Living
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا برای استحمام، غذا خوردن، راه رفتن، لباس پوشیدن، یا استفاده از دستشویی کمک لازم دارید؟ <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i>	30	
صرف نظر Skip	خیر No	بله Yes	آیا کسی را دارید که در مواقع اضطراری که کمک لازم است با او تماس بگیرید؟ <i>Has someone to call when needs help in an emergency?</i>	31	Other questions
صرف نظر Skip	بله Yes	خیر No	آیا هیچ سوال یا مسئله دیگری درباره سلامتی خود دارید؟ <i>Any other questions or concerns about your health?</i>	32	

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید:

<b>Clinic Use Only</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"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<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"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	