

Оценка усилий по сохранению здоровья

(Staying Healthy Assessment)

Взрослый пациент (Adult)

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Девочка <input type="checkbox"/> Мальчик	Сегодняшняя дата
Имя заполняющего анкету (в случае если пациент нуждается в помощи)	<input type="checkbox"/> Член семьи <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Иное (укажите)	Нужна ли Вам помощь с заполнением анкеты? <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 Ваш ежедневный рацион питания 3 порции пищевых продуктов или напитков, богатых кальцием, например, молоко, сыр, йогурт, соевое молоко или соевый творог тофу? <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Nutrition
2	Входят ли в Ваш ежедневный рацион питания овощи и фрукты? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
3	Ограничиваете ли Вы количество потребляемой вами жареной пищи и продуктов быстрого приготовления (фастфуда)? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
4	Можете ли Вы без затруднений приобрести или получить продукты здорового питания в достаточном количестве? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
5	Потребляете ли Вы почти ежедневно (не реже 4—5 дней в неделю) газированные, сокосодержащие, спортивные или энергетические напитки? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
6	Часто ли случается, что Вы потребляете слишком мало или слишком много пищи? <i>Often eats too much or too little food?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
7	Беспокоит ли Вас то, сколько Вы весите? <i>Concerned about weight?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
8	Занимаетесь ли Вы спортом или другими видами физической активности, например, ходьбой, садоводством, плаванием, не менее 30 минут в день? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least ½ hour a day?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Physical Activity

9	Ощущаете ли вы себя в безопасности в собственном доме? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Safety
10	Попадали ли Вы в недавнем прошлом в автомобильные аварии? <i>Had any car accidents lately?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
11	Подвергались ли Вы за последний год физическому насилию (ударам по телу или лицу или ударам ногами)? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
12	Пристегиваетесь ли Вы ремнем безопасности, когда ездите за рулем или в качестве пассажира? <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
13	Есть ли у Вас дома или в месте Вашего проживания огнестрельное оружие? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
14	Проводите ли Вы ежедневную чистку зубов щеткой и зубной нитью? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Dental Health
15	Часто ли Вы испытываете чувство тоски, безнадежности, гнева или тревоги? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Mental Health
16	Часто ли Вы испытываете проблемы со сном? <i>Often has trouble sleeping?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
17	Вы курите или жуете табак? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	Курят ли в Вашем доме или месте Вашего проживания члены семьи и друзья? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
19	Употребляли ли Вы в течение последнего года: <input type="checkbox"/> (мужчины) спиртные напитки в количестве 5 доз или более за один день? <input type="checkbox"/> (женщины) спиртные напитки в количестве 4 дозы или более за один день? <i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
20	Используете ли Вы лекарства с целью улучшения сна, расслабления, успокоения, общего улучшения самочувствия или снижения веса? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Sexual Issues
21	Считаете ли Вы, что можете быть беременной/Ваша партнерша может быть беременной? <i>Thinks she/he or your partner could be pregnant?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

22	Есть ли у Вас подозрение, что Вы или Ваш партнер можете страдать инфекционным заболеванием, передающимся половым путем (ЗППП), таким как хламидиоз, гонорея, остроконечные кондиломы и т. д.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>
23	В течение этого года были ли случаи, когда Вы или Ваш(и) партнер(ы) совершали половой акт без использования противозачаточных средств? <i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>
24	За последний год состояли ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половых отношениях с другими людьми? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>
25	В течение этого года были ли случаи, когда Вы или Ваш(и) партнер(ы) совершали половой акт без презерватива? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>
26	Были ли случаи, когда Вас принуждали к половому акту без Вашего согласия или желания? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>
27	Есть ли у Вас другие вопросы или опасения относительно своего здоровья? <i>Any other questions or concerns about health?</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: _____

PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____

PCP's Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____