

# Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

## Չափահաս (Adult)

|                            |                 |  |                  |
|----------------------------|-----------------|--|------------------|
| Հիվանդի անունը և ազգանունը | Ծննդյան թվականը | <input type="checkbox"/> Իգական<br><input type="checkbox"/> Արական | Այսօրվա ամսաթիվը |
|----------------------------|-----------------|--|------------------|

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Ձևաթուղթը լրացնող անձը (եթե հիվանդը օգնության կարիք ունի) | <input type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ<br><input type="checkbox"/> Ընկեր<br><input type="checkbox"/> Այլ<br>Խնդրում ենք նշել՝ | <input type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ<br><input type="checkbox"/> Ընկեր<br><input type="checkbox"/> Այլ | Ձևաթուղթը լրացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունե՞ք:<br><input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ |
|---|--|---|--|

Ձևաթղթի բոլոր հարցերին պատասխանեք հնարավորինս մանրամասնորեն: Շրջանակի մեջ առեք «Բաց թողնել» բառը, եթե չգիտեք պատասխանը կամ չեք ցանկանում պատասխանել: Անպայման խոսեք Ձեր բժշկի հետ, եթե այս ձևաթղթի հետ կապված որևէ հարց ունենաք: Պատասխանները, որպես Ձեր բժշկական արձանագրության մի մաս, պաշտպանված կլինեն:

Բանավոր թարգմանչի կարիքն ունե՞ք:  
 Այո  Ոչ

**Clinic Use Only:**  
Nutrition

|   |   |                   |                   |                           |
|---|---|-------------------|-------------------|---------------------------|
| 1 | Դուք խմում կամ ուտո՞ւմ եք օրական առնվազն 3 կերակրաչափ կալցիումով հարուստ սնունդ, օրինակ՝ կաթ, պանիր, մածուն, սոյայի կաթ կամ թոֆու:<br><i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i> | Այո<br><i>Yes</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |
| 2 | Դուք ամեն օր ուտո՞ւմ եք մրգեր և բանջարեղեն:<br><i>Eats fruits and vegetables every day?</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |
| 3 | Դուք սահմանափակո՞ւմ եք տապակած կամ արագ պատրաստվող սննդի քանակը:<br><i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>  | Այո<br><i>Yes</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |
| 4 | Դուք հեշտությամբ կարո՞ղ եք ստանալ բավարար քանակությամբ առողջ սնունդ:<br><i>Easily able to get enough healthy food?</i>  | Այո<br><i>Yes</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |
| 5 | Շաբաթվա մեծ մասը Դուք խմո՞ւմ եք զովացուցիչ ըմպելիքներ, հյութեր, սպորտային կամ էներգետիկ ըմպելիքներ: <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>                          | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |
| 6 | Դուք հաճա՞խ եք ուտում չափազանց շատ կամ չափազանց քիչ: <i>Often eats too much or too little food?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |
| 7 | Դուք մտահոգվա՞ծ եք Ձեր քաշով: <i>Concerned about weight?</i>  | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |
| 8 | Արդյո՞ք օրական կես ժամ Դուք մարզվո՞ւմ եք կամ քայլում, պարտիզպանություն անում, զբաղվում լողով: <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>                | Այո<br><i>Yes</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |

Physical Activity

|    |  |                   |                   |                           |                            |
|----|--|-------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------|
| 9  | Դուք Ձեզ ապահո՞վ եք զգում Ձեր ապրած վայրում:<br><i>Feels safe where she/he lives?</i>  | Այո<br><i>Yes</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> | Safety                     |
| 10 | Վերջերս Դուք ավտոմեքենայի վթարի ենթարկվե՞լ եք:<br><i>Had any car accidents lately?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |                            |
| 11 | Վերջի տարվա ընթացքում Ձեզ ինչ-որ մեկը ապտակել, ոտքով հարվածել, ֆիզիկապես վնասե՞լ է:<br><i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |                            |
| 12 | Երբ մեքենա եք վարում, մի շտ եք կապում ամրագոտիները: <i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |                            |
| 13 | Դուք Ձեր տանը կամ բնակարանում պահո՞ւմ եք հրացան: <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>  | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> | Dental Health              |
| 14 | Դուք ամեն օր խոզանակով և ատամնաբուժական թելով մաքրո՞ւմ եք ատամները: <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>  | Այո<br><i>Yes</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |                            |
| 15 | Դուք հաճա՞խ եք ունենում տխրության, հուսահատության, ջղայնության կամ տագնապի զգացում: <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> | Mental Health              |
| 16 | Դուք հաճա՞խ եք ունենում քնելու հետ կապված խնդիրներ: <i>Often has trouble sleeping?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> | Alcohol, Tobacco, Drug Use |
| 17 | Դուք ծխո՞ւմ կամ ծամո՞ւմ եք ծխախոտ: <i>Smokes or chews tobacco?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |                            |
| 18 | Ձեր ընկերները կամ ընտանիքի անդամները ծխո՞ւմ են Ձեր տանը կամ բնակարանում: <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |                            |
| 19 | Անցյալ տարվա ընթացքում Դուք խմե՞լ եք՝<br><input type="checkbox"/> (տղամարդիկ) 5 կամ ավել բաժակ խմիչք մեկ օրում:<br><input type="checkbox"/> (կանայք) 4 կամ ավել բաժակ խմիչք մեկ օրում:<br><i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i> | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> | Sexual Issues              |
| 20 | Դուք օգտագործո՞ւմ եք թմրադեղեր կամ դեղամիջոցներ՝ քնելու, հանգստանալու, հանդարտվելու, ավելի լավ զգալու կամ նիհարելու համար: <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |                            |
| 21 | Կարծո՞ւմ եք արդյոք, որ Դուք կամ Ձեր գուգընկերը հղի է: <i>Thinks she/he or partner could be pregnant?</i>   | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> | Sexual Issues              |
| 22 | Կարծո՞ւմ եք արդյոք, որ Դուք կամ Ձեր գուգընկերը կարող եք ունենալ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ, օրինակ՝ իլամիդիա, գոնորեա, սեռական գորտնուկներ և այլն: <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>  | Ոչ<br><i>No</i>   | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |                            |

|    |   |                 |                   |                           |  |
|----|---|-----------------|-------------------|---------------------------|--|
| 23 | Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցել էք առանց հակաբեղմնավորիչ միջոցներ օգտագործելու:<br><i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i> | Ոչ<br><i>No</i> | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |  |
| 24 | Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցել էք այլ մարդկանց հետ:<br><i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>                                      | Ոչ<br><i>No</i> | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |  |
| 25 | Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուգրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցել էք առանց պապանակի:<br><i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>   | Ոչ<br><i>No</i> | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |  |
| 26 | Ձեզ երբևիցե բռնի կերպով կամ ճնշումներով պարտադրել են սեռական հարաբերություններ ունենալ: <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>   | Ոչ<br><i>No</i> | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |  |
| 27 | Ձեր առողջությանը վերաբերող այլ հարցեր կամ մտահոգություններ ունե՞ք:<br><i>Any other questions or concerns about health?</i>  | Ոչ<br><i>No</i> | Այո<br><i>Yes</i> | Բաց թողնել<br><i>Skip</i> |  |

Other Questions

*Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.*

| <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"/> |  |
| 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:                    |  |