

Առողջ մնալու գնահատում

(Staying Healthy Assessment)

Տարեցներ (Senior)

Հիվանդի անունը և ազգանունը	Ծննդյան թվականը <input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Արական	Այսօրվա ամսաթիվը
Ձևաթուղթը լրացնող անձը (եթե հիվանդը օգնության կարիք ունի)	<input type="checkbox"/> Ընտանիքի անդամ <input type="checkbox"/> Ընկեր <input type="checkbox"/> Այլ Խնդրում ենք նշել՝	Ձևաթուղթը լրացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունե՞ք: <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 ուտում մ եք օրական առնվազն 3 կերակրաչափ կալցիումով հարուստ սնունդ, օրինակ՝ կաթ, պանիր, մածուկ, սոյայի կաթ կամ թոֆու: <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
2	Դուք ամեն օր ուտում մ եք մրգեր և բանջարեղեն: <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
3	Դուք սահմանափակում մ եք տապակած կամ արագ պատրաստվող սննդի քանակը: <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
4	Դուք հեշտությամբ կարո՞ղ եք ստանալ բավարար քանակությամբ առողջ սնունդ: <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Այո Yes	Ոչ No	Բաց թողնել Skip
5	Շաբաթվա մեծ մասը Դուք խմում մ եք զովացուցիչ ըմպելիքներ, հյութեր, սպորտային կամ էներգետիկ ըմպելիքներ: <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
6	Դուք հաճա՞խ եք ուտում չափազանց շատ կամ չափազանց քիչ: <i>Often eats too much or too little food?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
7	Դուք ծամելու կամ կուլ տալու դժվարություններ ունե՞ք: <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip
8	Դուք մտահոգվա՞ծ եք Ձեր քաշով: <i>Concerned about weight?</i>	Ոչ No	Այո Yes	Բաց թողնել Skip

9	<p>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></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Physical Activity
10	<p>Դուք Ձեզ ապահո՞վ եք զգում Ձեր ապրած վայրում: <i>Feels safe where she/he lives?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
11	<p>Դուք հաճա՞խ եք դժվարություններ ունենում Ձեր դեղամիջոցների ընդունմանը հետևելու գործում: <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
12	<p>Ձեր ընտանիքի անդամները կամ ընկերները մտահոգվա՞ծ են մեքենա վարելու Ձեր կարողությամբ: <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
13	<p>Վերջերս Դուք ավտոմեքենայի վթարի ենթարկվե՞լ եք: <i>Had any car accidents lately?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
14	<p>Դուք ժամանակ առ ժամանակ ընկնո՞ւմ եք և Ձեզ վնասում կամ ունենո՞ւմ եք ոտքի կանգնելու դժվարություններ: <i>Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
15	<p>Վերջի տարվա ընթացքում Ձեզ ինչ-որ մեկը խփել, ապտակել, ոտքով հարվածել, ֆիզիկապես վնասե՞լ է: <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
16	<p>Դուք Ձեր տանը կամ բնակարանում պահո՞ւմ եք հրացան: <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Safety
17	<p>Դուք ամեն օր խոզանակով և ատամնաբուժական թելով մաքրո՞ւմ եք ատամները: <i>Brushes and flosses teeth daily?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>(No)</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Dental Health
18	<p>Դուք հաճա՞խ եք ունենում տխրության, հուսահատության, ջղայնության կամ տագնապի զգացում: <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Mental Health
19	<p>Դուք հաճա՞խ եք ունենում քնելու հետ կապված խնդիրներ: <i>Often has trouble sleeping?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Mental Health

20	<p>Դուք կամ այլ մարդիք կարծու՞մ եք, որ հիշողության հետ կապված խնդիրներ ունեք: <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
21	<p>Դուք ծխու՞մ կամ ծամու՞մ եք ծխախոտ: <i>Smokes or chews tobacco?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	<p>Ձեր ընկերները կամ ընտանիքի անդամները ծխու՞մ են Ձեր տանը կամ բնակարանում: <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
23	<p>Անցյալ տարվա ընթացքում Դուք խմե՞լ եք 4 կամ ավել բաժակ ակոհոլային խմիչք մեկ օրում: <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
24	<p>Դուք օգտագործու՞մ 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></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
25	<p>Կարծու՞մ եք արդյոք, որ Դուք կամ Ձեր գուզրնկերը կարող եք ունենալ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակ, օրինակ՝ խլամիդիա, գոնորեա, սեռական գորտնուկներ և այլն: <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Sexual Issues
26	<p>Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուզրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցե՞լ եք այլ մարդկանց հետ: <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
27	<p>Վերջի տարվա ընթացքում Դուք կամ Ձեր գուզրնկեր(ներ)ը սեռական հարաբերություններ ունեցե՞լ եք առանց պապանակի: <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
28	<p>Ձեզ երբևիցե բռնի կերպով կամ ճնշումներով պարտադրե՞լ են սեռական հարաբերություններ ունենալ: <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	

29	<p>Կա՞ արդյոք ինչ-որ մեկը, ով կարող է օգնել Ձեզ առողջության և բժշկական օգնության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու հարցում: <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Independent Living
30	<p>Դուք օգնության կարիք ունե՞ք լողանալիս, ուտելիս, քայլելիս, հագնվելիս կամ զուգարան օգտագործելիս: <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
31	<p>Կա՞ արդյոք որևէ մեկը, ում կարող եք զանգահարել, եթե շտապ օգնության կարիք ունենաք: <i>Has someone to call when she/he needs help in an emergency?</i></p>	Այո <i>Yes</i>	Ոչ <i>No</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	
32	<p>Ձեր առողջությանը վերաբերող այլ հարցեր կամ մտահոգություններ ունե՞ք: <i>Any other questions or concerns about your health?</i></p>	Ոչ <i>No</i>	Այո <i>Yes</i>	Բաց թողնել <i>Skip</i>	Other Questions

Եթե այո, խնդրում ենք նկարագրել.

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"/> 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: _____					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
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: _____					