

ارزیابی صحتی اولیه از اطفال و نوجوانان پناهجو که در سن مکتبرفتن هستند [دری]

Kouluikäisten turvapaikkaa hakevien lasten ja nuorten alkuterveystarkastus [Dari]

معلومات اولیه (یادآوری)	
معلومات پیشینهای	<p>کشور محل ولادت: در کدام کشور تولد شده‌اید؟ نام کشور را نوشته کنید / نمی‌دانم</p>
	<p>نمبر او-مارک (UMAREK):</p>
	<p>تاریخ ولادت قناعت‌بخش:</p>
	<p>تخلص و نام:</p>
معلومات پیشینهای	<p>عواملی که باعث فشار بر خانواده می‌شوند: آیا در حال حاضر موضوعاتی در زندگی خانواده شما هستند که باعث فشار بر اعضای خانواده باشند مثلا از دست دادن کسی، مشکلات یا شرایط سخت؟</p>
	<p>مهارت خواندن: چقدر خوب خواندن از روی نوشته را می‌دانید؟ هر نوع نوشته را خوانده می‌توانم / متن‌های ساده را خوانده می‌توانم / نام‌ها، لغات و جملات بسیار ساده را خوانده می‌توانم / اصلا خوانده نمی‌توانم</p>
	<p>سال‌های تعلیمی: چند سال مکتب رفته‌اید؟</p>
معلومات پیشینهای	<p>شرایط: آیا ناچار شده‌اید در سرک، اردوگاه پناهجویان یا مرکز پذیرش پناهجویان بود و باش کنید یا بازداشت موقت یا در زندان بندی شده‌اید؟ نه / در سرک / اردوگاه پناهجویان / مرکز پذیرش پناهجویان / بازداشت موقت / بندی در زندان / معلومات موجود نیست</p>
	<p>محل‌های اقامت: پیش از آمدن به فنلاند در کدام کشورها بود و باش کرده‌اید؟ نام کشورها را بنویسید / در کدام کشور دیگری بود و باش نکرده‌ام / معلومات موجود نیست</p>
رشد	<p>آیا رشد و تکامل شما مثل دیگر همسالان‌تان بوده است؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
مریضی‌ها	<p>مریضی‌ها: آیا به کدام مریضی یا مشکل صحتی دوام‌داری مبتلا هستید؟ مریضی‌ها می‌توانند مثلا تکلیف فشار خون، افسردگی، مریضی قلبی یا آلرژی. مریضی‌ها را نوشته کنید / نه / معلومات موجود نیست</p>
	<p>نظرتان در مورد صحت‌تان: در حال حاضر نظرتان در مورد صحت خودتان چیست؟ گزینه‌ها برای جواب‌تان این‌ها هستند: بسیار خوب / خوب / قناعت‌بخش / بد / بسیار بد</p>
دوره‌های تداوی در شفاخانه و عملیات جراحی:	<p>آیا روی شما تداوی یا معاینات بزرگی انجام شده است یا عملیات جراحی یا در شفاخانه بستر شده‌اید؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
	<p>یادآوری مریضی سل: آیا پیشتر شما، عضوی از خانواده‌تان یا شخصی از نزدیکان‌تان مریضی سل گرفته‌اید؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
دواها	<p>دوایی که حالا باید مصرف شوند: در حال حاضر کدام دوا را مصرف می‌کنید؟ آیا برای‌تان کدام دواهایی تجویز شده است که در حال حاضر آنها را مصرف نمی‌کنید؟</p>
وضعیت فعلی صحت جسمی	<p>عوارض: آیا طی یک ماه اخیر کدام عوارض یا ناراحتی‌هایی داشته‌اید؟ عوارضی مثل دندان‌درد، سردرد یا پشت‌درد، مشکلات و ناراحتی‌های گوارشی، عوارض جلدی یا لاغری ناخواسته. بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
	<p>سرفه کردن: آیا طی یک ماه اخیر سرفه می‌کرده‌اید طوری که در اثر سرفه کردن خلط یا خون از گلو خارج شود؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
	<p>تب کردن: آیا طی یک ماه اخیر تب داشته‌اید طوری که تب شما بیشتر از سه هفته طول بکشد؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
	<p>توانایی فعالیت: آیا کدام مشکل صحتی باعث ایجاد محدودیت برای‌تان می‌شود یا در امور روزمره‌تان اختلال ایجاد می‌کند؟ گزینه‌ها برای جواب‌تان این‌ها هستند: محدودیتی ایجاد نمی‌کند / محدودیت ایجاد می‌کند اما نه محدودیت جدی / محدودیت جدی ایجاد می‌کند</p>
وضعیت فعلی صحت جسمی	<p>شنوایی: آیا مشکلی در شنوایی خود دارید که در فعالیت‌های روزمره‌تان مساله ایجاد کند؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
	<p>بینایی: آیا مشکلی در بینایی خود دارید که در فعالیت‌های روزمره‌تان مساله ایجاد کند؟ بله / نه / معلومات موجود نیست</p>

وضعیت آسایش روحی	<p>تجربیات تکان دهنده: گاهی برای انسان موضوعاتی اتفاق می افتند که شدیداً تکان دهنده هستند و ممکن است تأثیرات بلندمدتی بر رشد و تکامل طفل و صحت و آسایش او داشته باشند. در ادامه از شما درباره چند تجربه اینچنینی سوالاتی پرسان می کنیم. آیا طفل یا نوجوان اتفاق یا موضوعی را که از نظر روحی یا جسمی سخت و سنگین بوده باشد تجربه کرده است؟ چنین اتفاقاتی می توانند مثلاً سانحه ها، مورد خشونت قرار گرفتن یا شاهد اعمال خشونت بودن، حضور در درگیری ها یا مجبور شدن به جدایی از سرپرست خود باشند.</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	
	<p>معلولیت: آیا به دلیل کدام خشونت یا سانحه ای دچار معلولیت شده اید؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	
	<p>زندگی احساسی: آیا شما / طفل دچار مشکلات در زندگی احساسی خود هستید؟ مشکلات در زندگی احساسی مسایلی هستند مثل کج خلقی، ناشادی، تشویش، گوشه گیری، ترس یا فکر کردن به این که مرده بودن بهتر بود. گزینه ها برای جوابتان این ها هستند:</p> <p>ابداً مشکلی نیست / کمتر از یک دفعه در سال / هر سال / هر ماه یا هر هفته / هر روز / معلومات موجود نیست</p>	
	<p>مشکلات رفتاری: آیا شما / طفل مشکلات رفتاری دارید؟ تا چه اندازه؟ مشکلات رفتاری مثلاً این ها هستند: رفتار خشونت آمیز یا بی تفاوتی و پرخاشگری خارج از حد نرمال. گزینه ها برای جوابتان این ها هستند:</p> <p>ابداً مشکلی نیست / کمتر از یک دفعه در سال / هر سال / هر ماه یا هر هفته / هر روز / معلومات موجود نیست</p>	
	<p>بیش فعالی: آیا شما / طفل دچار مشکل بیش فعالی و عدم تمرکز هستید؟ تا چه اندازه؟ مشکلات بیش فعالی و عدم تمرکز مثلاً این ها هستند: عدم توانایی تمرکز، بیش فعالی و رفتارهای تکانش گر ایانه. گزینه ها برای جوابتان این ها هستند:</p> <p>ابداً مشکلی نیست / کمتر از یک دفعه در سال / هر سال / هر ماه یا هر هفته / هر روز / معلومات موجود نیست</p>	
عادات صحتی	<p>استفاده از محصولات دخانیاتی: تا چه اندازه؟</p> <p>روزانه / گاهی / هرگز / ترک کرده ام</p>	<p>سیگرت کشیدن: آیا سیگرت می کشید یا از دیگر محصولات که حاوی نیکوتین مثلاً از سیگرت برقی یا قلیان هستند استفاده می کنید یا قبلاً سیگرت می کشیده اید اما حالا آن را ترک کرده اید؟</p> <p>سیگرت / ناس / سیگرت برقی / دیگر محصولات</p>
	<p>مصرف الکل توسط نوجوان: آیا از نوشیدنی های الکلی استفاده می کنید؟ تا چه اندازه؟</p> <p>گزینه ها برای جوابتان این ها هستند: هر روز / ۳-۶ دفعه در هفته / ۱-۲ دفعه در هفته / ۱-۳ دفعه در ماه / ۷-۱۱ دفعه در سال / ۴-۶ دفعه در سال / ۱-۳ دفعه در سال / کمتر از یک دفعه در سال / هرگز</p>	
	<p>استعمال دیگر مواد نشئه آور و مخدر: آیا دیگر مواد نشئه آور مثل حشیش، قاط یا دیگر مواد مخدر یا دوا به قصد نشنگی مصرف کرده اید؟</p> <p>نه / تریاک یا مشتقات آن / محرک ها / دواهای خواب آور یا آرام بخش / مواد توهم زار / حلال ها / گاما یا جی بی ال. یا اکستاسی / مایع / حشیش / دیگر مواد نشئه آور / معلومات موجود نیست</p>	
	<p>رژیم خوراکی ویژه: آیا در رژیم خوراکی خود از مصرف بعضی مواد خوراکی اجتناب می کنید؟</p> <p>رژیم خوراکی بدون لاکتوز یا کم لاکتوز / رژیم خوراکی بدون گلوتن / رژیم خوراکی گیاهی همراه با مصرف لبنیات و / یا تخم مرغ / رژیم خوراکی گیاهی همراه با ماهی / گیاه خورای / آلرژی به غلات / آلرژی به شیر / آلرژی به دیگر مواد خوراکی / دیگر رژیم های خوراکی ویژه</p>	
	<p>مسواک کردن دندان ها: دندان های خود را چند دفعه مسواک می کنید؟ گزینه ها برای جوابتان این ها هستند:</p> <p>نو دفعه در روز یا بیشتر / یک دفعه در روز / کمتر از یک دفعه در روز</p>	<p>مشکلات در خواب و خوابیدن: آیا طی ماه گذشته برای خواب مشکلاتی مثل خواب نرفتن یا زیاد بیدار شدن طی شب داشته اید؟</p> <p>مشکلات در به خواب رفتن / مشکلات در داشتن خواب ممتد / صبح ها بیش از حد زود از خواب بیدار شدن / ریتم شبانه روز شفته شده است / خستگی طی روز / دیگر مشکلات خواب</p>

صحت جنسی و ولادی	<p>مشکلات مربوط به عادت ماهوار: آیا کدام مشکلی دارید که مربوط به عادت ماهوار باشد؟</p> <p>هیچ مشکلی / دردی که باعث ناراحتی هنگام عادت ماهوار می‌باشد / خونریزی شدید عادت ماهوار / عادت ماهوار نامنظم / دیگر مشکلات، چه مشکلاتی</p>	
	<p>شروع شدن عادت ماهوار: آیا عادت ماهوار شما شروع شده است؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	<p>تعداد ولادت نوزادان: آیا طفل به دنیا آورده‌اید؟ اگر بله، چند دفعه؟</p>
	<p>تعداد حاملگی‌ها: آیا هرگز حامله‌دار شده‌اید؟ اگر بله، چند دفعه؟</p>	<p>آخرین عادت ماهوار: آخرین عادت ماهوار شما چه وقت بود؟</p>
	<p>حاملگی احتمالی: آیا حامله‌دار هستید؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	<p>در ادامه در مورد شرکای جنسی‌تان سوالاتی پرسان خواهیم کرد تا اگر به معلومات، معاینات یا تداوی احتیاج دارید بتوانیم در مورد آن صحبت کنیم. مهم است که به سوالات مطابق با وضعیتی که دارید جواب بدهید بدون این‌که فکر کنید در جامعه خودتان معمولاً چه چیزی قابل قبول است. در فنلند کسی حق ندارد دیگران را بر مبنای جنسیت ایشان یا رفتار جنسی آنها مورد تبعیض قرار بدهد.</p>
	<p>رابطه جنسی: آیا طی سال گذشته رابطه جنسی داشته‌اید؟</p> <p>اصلاً رابطه جنسی نداشته‌ام / رابطه جنسی با جنس مخالف / رابطه جنسی با همجنس / نمی‌خواهم جواب بدهم</p>	<p>دخول‌ها: آیا هرگز دخول داشته‌اید؟</p>
<p>لوازم جلوگیری: آیا برای پیشگیری از حاملگی یا پیشگیری از ابتلا به مریضی‌هایی که از طریق رابطه جنسی منتقل می‌شوند احتیاج به لوازم جلوگیری دارید؟</p> <p>احتیاج نیست و مورد استفاده نیست / احتیاج هست اما مورد استفاده نیست / از لوازم جلوگیری استفاده می‌شود / نمی‌خواهم جواب بدهم</p>	<p>تعداد شریک‌های جنسی: طی سال گذشته با چند نفر رابطه جنسی داشته‌اید؟</p> <p>فقط یک نفر / ۱-۱۰ نفر / بیشتر از ۱۰ نفر / نمی‌خواهم جواب بدهم</p>	
<p>قصد ختنه کردن (سوال خطاب به والدین): آیا به این فکر کرده‌اید که طفل خود را ختنه کنید؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	<p>ختنه والدین (سوال خطاب به والدین): آیا مادر / پدر طفل یا نوجوان ختنه شده است؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	
<p>ختنه: در بعضی کشورها دخترها/پسرها را ختنه می‌کنند و این ختنه‌ها ممکن می‌توانند روی صحت شخص تاثیر کنند. آیا شما ختنه شده‌اید؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	<p>دیگر معلومات اولیه</p>	

معلومات مربوط به ریسک‌ها (مثل آلرژی‌ها به مواد دارویی)

وضعیت فعلی (استاتوس)

<p>معاینات دهان و دندان‌ها: آیا در معاینات دهان و دندان‌ها چیز خاصی مشاهده می‌شود؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>	<p>جُلد: آیا در معاینات جُلدی چیز خاصی مشاهده می‌شود؟</p> <p>بله / نه / معلومات موجود نیست</p>
--	---

اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیکی

<p>دمان بدن:</p> <p>فشار خون و ضربان قلب:</p>	<p>اندیس تناسب قد و وزن:</p> <p>قد، سانتی‌متر:</p>
<p>وزن، کیلوگرم:</p> <p>آیا وزن‌تان تغییری کرده است؟</p>	<p>وزن، کیلوگرم:</p> <p>آیا وزن‌تان تغییری کرده است؟</p>

واکسین‌ها	
واکسین‌های قبلی: چه واکسین‌هایی را خودتان / طفل پیش از آمدن به فنلند دریافت کرده‌اید؟ هیچ واکسینی / بعضی واکسین‌ها / تمامی واکسین‌های کشور قبلی محل اقامت	
معلومات در مورد واکسین‌ها:	
پلان	
پلان:	
ادامه تداوی‌ها و معاینات بیشتر: عکس از شش‌ها / آزمایشات غربالگری خون / معاینات چک‌آپ صحت اولیه توسط داکتر / نرس مرکز پذیرش پناجویان / داکتر / داکتر دندان / مرکز بهداشت / معاینات خدمات صحت دانش‌آموزان یا مکتب / مددکار اجتماعی / دیگر ارجاعیه‌ها یا وقت‌های ملاقات	
راهنمایی: خدمات صحت / دواهای بدون نسخه داکتر / صحت روحی / صحت جنسی و ولادی / تغذیه / صحت دهان و دندان / دیگر راهنمایی‌ها	
موافقت با تحویل و انتقال اطلاعات خصوصی: موافقت شده است / به‌شکل محدود موافقت شده است / موافقت نشده است	موافقت با تحویل و انتقال اطلاعات خصوصی: موافقت شده است / به‌شکل محدود موافقت شده است / موافقت نشده است
امضاء:	