

Health Need Assessment Survey of Primary HealthCare Centers visitors Within Riyadh Second Health Cluster

استبيان لتقييم الاحتياجات الصحية لزائري المراكز الصحية التابعة للتجمع الصحي الثاني في منطقة الرياض

***Required**

1. Data Collector Number *
- رقم جامع/ة البيانات (رقم انجليزي)

Untitled Section

2. Primary Healthcare center *

اسم المركز الصحي

Mark only one oval.

- ☐ Alrawdah ٢ الروضة ٢
- ☐ Alseddiq الصديق
- ☐ Alghadeer الغدير
- ☐ Alyasmeen الياسمين
- ☐ Alezdihar الإزدهار
- ☐ Alrabea الربيع
- ☐ Salahuddin صلاح الدين
- ☐ Almuruj المروج
- ☐ Almaseef المصيف
- ☐ Alyarmuk West اليرموك الغربي
- ☐ Al Munsiyah المونسية
- ☐ Qurtubah قرطبة
- ☐ Al_Nahhdah west النهضة الغربي
- ☐ Al_Nadheem north النظيم الشمالي
- ☐ Aljanadrya West الجنادرية الغربي
- ☐ As salam السلام
- ☐ As saadah السعادة
- ☐ An Nasim South النسيم الجنوبي
- ☐ Mashdhuba مشذوبة
- ☐ Barzan برزان
- ☐ Hewamdah حويمضة
- ☐ Al yamamh اليمامة
- ☐ Al-Qods القدس
- ☐ Al-Ghaat الغاط
- ☐ Albasira البصيرة
- ☐ Alfaihaa الفيحاء
- ☐ Al-Faisaliya الفيصلية
- ☐ Tameer تمير
- ☐ Al-Tuwaim التويم

☐ Oudat Sedair عودة سدير

☐ Rimah رماح

☐ Al-Ghilana الغيلانة

Demographic Characteristic

3. Participant Name *

اسم زائر المركز الصحي

4. Contact number *

(رقم التواصل) (رقم انجليزي)

5. Nationality *

الجنسية

Mark only one oval.

☐ Saudi

☐ Non Saudi

6. Neighborhood *

الحي

(باللغة الانجليزية)

7. Gender *

الجنس

Mark only one oval.

☐ Female انثى☐ Male ذكر

8. Marital Status *

الحالة الاجتماعية

Mark only one oval.

☐ Married متزوج/ة☐ Single اعزب/عزباء

9. Age *

(العمر (رقم انجليزي

10. Highest level of Education Completed *

آخر شهادة تم حصولها

Mark only one oval.

☐ primary School الابتدائية☐ High School الثانوية☐ Did not finish High School لم يتم اكمال مرحلة الثانوية☐ College Graduate بكالوريوس☐ Master Graduate ماجستير☐ Dectorate دكتوراه☐ Diploma دبلوم☐ Other أخرى

11. Number of people living in the household

عدد الاشخاص المقيمين في البيت

Mark only one oval.☐ 1_2☐ 3_5☐ 6 or more

12. Number of adult aged 65 or older living in the household

عدد الاشخاص فوق ٦٥ سنة الذين يعيشون في نفس المنزل

Mark only one oval.☐ 0☐ 1_2☐ 3_5☐ 6 or more

13. Number of children under 18 years living in the household

عدد الاطفال تحت ١٨ سنة الذين يعيشون في نفس البيت

Mark only one oval.☐ 0☐ 1_2☐ 3_5☐ 6 or more

14. Employment Status *

الحالة الوظيفية

Mark only one oval.

- ☐ Employed full time موظف/ة دوام كامل
- ☐ Employed part time موظف/ة دوام جزئي
- ☐ Student طالب/ة
- ☐ Home Maker رب/ة منزل
- ☐ Retired متقاعد/ة
- ☐ Un employed less than a year غير موظف/ة لأقل من سنة
- ☐ Un employed more than a year غير موظف/ة لأكثر من سنة
- ☐ Un employed due to an illness or disability غير موظف/ة لمرض أو إعاقة

15. Annual household income

مجموع الدخل السنوي لسكان المنزل

Mark only one oval.

- ☐ Less than 10,000SR
- ☐ 10,000 to 19,999SR
- ☐ 20,000 to 29,999 SR
- ☐ 30,000 to 39,999 SR
- ☐ 40,000 to 49,999 SR
- ☐ 50,000 to 59,999 SR
- ☐ 60,000 to 69,999 SR
- ☐ 70,000 to 79,999 SR
- ☐ 80,000 to 89,999 SR
- ☐ 90,000 to 99,999 SR
- ☐ 100,000 to 149,999 SR
- ☐ 150,000 SR or more

Social Determinants of Health

16. Is Living place rent or own *

هل مكان المعيشة مستأجر أو ملك

Mark only one oval.

- ☐ Own ملك
- ☐ Rent مستأجر
- ☐ Other أخرى

17. What sources do you use to obtain most health-related information? (check all that apply) *

ما هي المصادر التي تستخدمها للحصول على معظم المعلومات المتعلقة بالصحة؟ (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

Tick all that apply.

- ☐ Doctor/nurse/pharmacists الطبيب/الممرضة/الصيدلي
- ☐ Newspaper/magazine/TV الصحيفة/المجلات/التلفاز
- ☐ Ministry of Health وزارة الصحة
- ☐ Mosques المسجد
- ☐ School المدرسة
- ☐ Internet الانترنت
- ☐ Social Media منصة التواصل الاجتماعي
- ☐ Friends or family الأصدقاء أو العائلة
- ☐ Other أخرى

18. Check all of the following that describe your home or your household *

(تحقق مما يلي الذي يصف منزلك يمكن(يمكنك اختيار أكثر من اجابة

Tick all that apply.

- ☐ Smoke detector كاشف الدخان
- ☐ Carbon monoxide detector كاشف أول أكسيد الكربون
- ☐ Primary source of drinking and cooking water is a private well or Cistern المصدر الأساسي لمياه الشرب والطهي هو بئر خاص أو صهريج
- ☐ Food is put back into the refrigerator within the 2 hours after a meal يُعاد الطعام إلى الثلاجة في 2 ساعات بعد الوجبة
- ☐ Trash removed at least weekly تتم إزالة المهملات أسبوعيًا على الأقل
- ☐ Septic tank خزان للصرف الصحي
- ☐ Pet (dog, cat, reptile) (حيوان أليف (كلب ، قطة ، زواحف
- ☐ Family fire safety plan /evacuation plan خطة سلامة الأسرة / خطة الإخلاء
- ☐ Children know how to dial 911 for emergencies يعرف الأطفال كيفية الاتصال برقم 911 في حالات الطوارئ
- ☐ Children know their phone number and address يعرف الأطفال رقم هاتفهم وعنوانهم
- ☐ Have one or more fire extinguishers وجود طفاية حريق واحدة أو أكثر
- ☐ Have one or more types of aerobic exercise equipment امتلاك نوعًا واحدًا أو أكثر من معدات التمارين الهوائية
- ☐ Internet access خدمة الإنترنت
- ☐ Provide care for an older adult توفير الرعاية لكبار السن

19. choose how much of a problem you think each item listed below is for your community *

اختر مقدار المشكلة التي تعتقد أن كل عنصر مدرج أدناه يخص مجتمعك

Mark only one oval per row.

	Serious Problem مشكلة خطيرة	Moderate Problem مشكلة متوسطة	Not a Problem ليست مشكلة	Not Sure غير متأكد
Alcohol /drug use تعاطي الكحول / المخدرات	☐	☐	☐	☐
Ambulance serices خدمات الإسعاف	☐	☐	☐	☐
Asthma /respiratory disorders الربو / اضطرابات الجهاز التنفسي	☐	☐	☐	☐
Eating disorders اضطرابات الأكل	☐	☐	☐	☐
Cancer السرطان	☐	☐	☐	☐
Child care/Day Care (safe, affordable, available) رعاية الأطفال / الرعاية النهارية (آمنة ، ميسورة التكلفة ، متوفرة)	☐	☐	☐	☐
Child abuse أساءة الأطفال	☐	☐	☐	☐
Clean water/water pollution المياه النظيفة / تلوث المياه	☐	☐	☐	☐
Crime الجريمة	☐	☐	☐	☐

Domestic
violence العنف
المنزلي

☐☐☐☐

School
systems أنظمة
المدرسة

☐☐☐☐

Elder abuse
إساءة معاملة المسنين

☐☐☐☐

Elder day care
(safe,
affordable,
available) رعاية
المسنين النهارية
(أمنة ، وبأسعار
معقولة ، ومتاحة)

☐☐☐☐

Firearms الأسلحة
النارية

☐☐☐☐

Healthcare
affordability
القدرة على تحمل
تكاليف الرعاية
الصحية

☐☐☐☐

Health care
availability توافر
الرعاية الصحية

☐☐☐☐

Heart disease
امراض القلب

☐☐☐☐

High blood
pressure ارتفاع
ضغط الدم

☐☐☐☐

Strokes السكتة
الدماغية

☐☐☐☐

Highway
safety سلامة
الطرق السريعة

☐☐☐☐

HIV/AIDS فيروس
نقص المناعة البشرية

☐☐☐☐

/ الإيز

Infant health

صحة الرضع

☐☐☐☐

Infectious

امراض

معدية

☐☐☐☐

Job availability

توفر وظائف

☐☐☐☐

Job security

الامن الوظيفي

☐☐☐☐

Mental illness

الامراض العقلية

☐☐☐☐

Nursing home

care (safe,

affordable,

available) رعاية

التمريض في المنزل

(أمنة ، وبأسعار

(معقولة ، ومتاحة

☐☐☐☐

Overweight

البالغين

الذين يعانون من

زيادة الوزن

☐☐☐☐

Overweight

الأطفال

يعانون من زيادة

الوزن

☐☐☐☐

Prenatal health

صحة ما قبل الولادة

☐☐☐☐

Recreation

opportunities

فرص ترفيهية

☐☐☐☐

Secondhand

smoke التدخين

السلب

☐☐☐☐

School

☐☐☐☐

violence عنف

المدرسة

Services for disabled خدمات للمعاقين

☐☐☐☐

Sewage treatment معالجة مياه الصرف الصحي

☐☐☐☐

Sexually transmitted infections الأمراض المنقولة جنسيا

☐☐☐☐

Smokeless tobacco التبغ

☐☐☐☐

Smoking التدخين

☐☐☐☐

Suicide الانتحار

☐☐☐☐

Trash /solid waste management إدارة النفايات / النفايات الصلبة

☐☐☐☐

Unemployment البطالة

☐☐☐☐

Perceived General Health

20. Your current health status *

كيف تصف حالتك الصحية

Mark only one oval.

- ☐ Poor ضعيفة
- ☐ Fair مقبولة
- ☐ Good جيدة
- ☐ Very Good جيد جدا
- ☐ Excellent ممتازة

21. How many days have YOU been too sick to work or carry out your usual activities *
during the past 30 days

كم عدد الأيام التي كنت مريضاً فيها لدرجة تمنعك من العمل أو القيام بأنشطتك المعتادة خلال الثلاثين يوماً الماضية

Mark only one oval.

- ☐ None لم أمرض
- ☐ 1-2 days يوم إلى يومان
- ☐ 3-5 days ثلاثة إلى خمسة أيام
- ☐ 6-10 days ستة إلى عشرة أيام
- ☐ More than 10 days أكثر من عشرة أيام

22. Have YOU ever had health issues due to any of the following? (check all that apply) *

(هل عانيت من قبل من مشاكل صحية بسبب أي مما يلي؟ (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

Tick all that apply.

- ☐ Alcohol abuse الكحول
- ☐ Lack of pregnancy care عدم وجود رعاية حمل
- ☐ Stress القلق
- ☐ Drug abuse/addiction اساءة استخدام الادوية أو الادمان عليها
- ☐ Family violence العنف الأسري
- ☐ None of the above لم أتعرض إلى مشكلة صحية بسبب هذه الخيارات

Insurance Information

23. Participant Insurance coverage and/or family *

هل يوجد تأمين طبي لك و/أو لأفراد العائلة

Mark only one oval.

☐ No insurance for me and my family لا يوجد تأمين طبي لي أو لعائلتي *Skip to question 26*

☐ I have insurance for me and/or my family يوجد تأمين طبي لي و/أو لأفراد العائلة

24. If You and/or your family have insurance, what kind of Insurance

في حال وجود تأمين، ماهو تصنيف التأمين الطبي لك و/أو لأفراد عائلتك

Mark only one oval.

☐ Health صحي

☐ Dental اسنان

☐ Vision نظر

☐ Not applicable لاينطبق

25. If you and/or family have insurance, what is the coverage type

في حال وجود تأمين، ماهو نوع التأمين الطبي لك و/أو لأفراد عائلتك

Mark only one oval.

☐ Self Insured تأمين ذاتي

☐ Employer-provided مقدم من صاحب العمل

☐ Other أخرى

☐ Don't know لا أعلم

☐ Not applicable لاينطبق

HealthCare Utilization

26. Where do YOU go for routine health care? (check all that apply) *

(اين تذهب روتينياً لتلقي رعاية الصحية (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

Tick all that apply.

- ☐ Hospital Emergency Room غرفة الطوارئ في المستشفى
- ☐ Urgent Care Center مركز الرعاية العاجلة
- ☐ Chiropractor مقوم العظام
- ☐ PHC مركز صحي
- ☐ Eye doctor طبيب العيون
- ☐ Dentist طبيب الأسنان
- ☐ Others أخرى
- ☐ Do not seek health care لا ألتقى رعاية طبية

27. If you have children in household, where do the children currently living in your home go for routine health care? (check all that apply)

(إذا لديك أطفال بالمنزل، اين يذهب الاطفال روتينياً لتلقي رعاية الصحية (تحقق من كل ما ينطبق)

Tick all that apply.

- ☐ Hospital Emergency Room غرفة الطوارئ في المستشفى
- ☐ Urgent Care Center مركز الرعاية العاجلة
- ☐ Chiropractor مقوم العظام
- ☐ PHC مركز صحي
- ☐ Eye doctor طبيب العيون
- ☐ Dentist طبيب الأسنان
- ☐ Others أخرى

28. How often you seek medical care in private sector? *

كم مرة تسعى للحصول على رعاية طبية في القطاع الخاص؟

Mark only one oval.

- ☐ Always دائماً
- ☐ Sometimes أحياناً
- ☐ Seldom نادراً
- ☐ Never لا أذهب إلى القطاع الخاص لتلقي الرعاية الطبية

29. If you seek medical care in the private sector, why?

إذا كنت تبحث عن رعاية طبية في القطاع الخاص فلماذا؟

Mark only one oval.

- ☐ Services not available in public sector الخدمات غير متوفرة في القطاع العام
- ☐ Better quality جودة أفضل
- ☐ I have insurance لوجود تأمين
- ☐ Closer to work/home أقرب إلى مكان عملي/منزلي
- ☐ Too hard to get appointment with public doctors صعوبة الحصول على موعد مع طبيب في القطاع العام
- ☐ Do not apply لا ينطبق

30. How often do you travel outside of your Region for medical care? *

كم مرة تسافر خارج منطقتك لتلقي الرعاية الطبية؟

Mark only one oval.

- ☐ Always دائماً
- ☐ Sometimes أحياناً
- ☐ Seldom نادراً
- ☐ Never لا أسافر خارج منطقتي لتلقي الرعاية الطبية

31. If you travel outside of your county for medical care, why? *

إذا كنت تسافر خارج دولتك للحصول على رعاية طبية ، فلماذا؟

Mark only one oval.

- ☐ Services not available in my county الخدمات غير متوفرة في بلدي
- ☐ Better quality elsewhere جودة أفضل في مكان آخر
- ☐ Recently moved to this county انتقلت مؤخرا إلى هذه الدولة
- ☐ Too hard to get appointment with local doctor من الصعب جدا الحصول على موعد مع طبيب محلي
- ☐ Other أخرى
- ☐ N/A (do not travel outside of my county for medical care) لا أسافر خارج مقاطعتي للحصول (على رعاية طبية)

32. If you travel outside of your Region for medical care, what services do you seek? (check all that apply)

إذا كنت تسافر خارج منطقتك للحصول على رعاية طبية ، فما هي الخدمات التي تبحث عنها؟ (يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

Tick all that apply.

- ☐ Medical/doctor appointments للمواعيد الطبية
- ☐ Outpatient treatment للعلاج في العيادات الخارجية
- ☐ Hospitalization العلاج في المستشفيات
- ☐ Dental appointments لمواعيد طب الأسنان
- ☐ Laboratory order tests لعمل تحاليل مختبر
- ☐ X-rays أشعة
- ☐ Vision appointments لمواعيد فحص النظر
- ☐ Do not apply لا ينطبق
- ☐ Other: _____

Accessibility of Healthcare Services

33. How often are YOU able to visit a doctor when needed? *

هل لديك القدرة على زيارة الطبيب عند الحاجة

Mark only one oval.

- ☐ Always دائماً
- ☐ Sometimes أحياناً
- ☐ Seldom نادراً
- ☐ Never أبداً

34. If you answered seldom or never , choose why were not always able to visit a doctor when needed:

إذا كانت إجابتك نادراً أو أبداً ، فاختر سبب عدم قدرتك دائماً على زيارة الطبيب عند الحاجة

Mark only one oval.

- ☐ Couldn't get appointment لم أستطع حجز موعد
- ☐ Lack of transportation وسائل النقل
- ☐ Doctors is too far away بعد المسافة
- ☐ Other أخرى
- ☐ Not Applicable لا ينطبق

Disease Prevention Measures

35. Last routine doctors visit *

آخر زيارة روتينية للطبيب

Mark only one oval.

- ☐ Within last 12 months خلال ١٢ شهر الماضية
- ☐ Within last 13_18 months خلال ١٣-١٨ شهر الماضية
- ☐ Within last 19_24 months خلال ١٩-٢٤ شهر الماضية
- ☐ Between 2 and 5 years بين سنتين إلى ٥ سنوات
- ☐ More than 5 years أكثر من خمس سنوات
- ☐ Never had a routine visit لم يكن لدي زيارة روتينية

36. When was YOUR last routine dentist visit to get a checkup (not for an emergency)? *

(آخر زيارة لك روتينية لطبيب الأسنان (لاتحتسب الحالة الطارئة

Mark only one oval.

- ☐ Within the last year خلال السنة الماضية
- ☐ 1_2 years ago خلال سنة إلى السنتين الماضية
- ☐ 3_5 years ago خلال ٣-٥ سنوات الماضية
- ☐ More than 5 years أكثر من خمس سنوات
- ☐ Never had a routine dental visit لم يكن لدي زيارة روتينية لطبيب الأسنان

37. Select any of the following preventive procedures YOU have had in the last year *
(check all that apply)

(اختر أي من الإجراءات الوقائية التي أجريتها السنة الماضية (يمكن اختيار أكثر من إجراء)

Tick all that apply.

- ☐ Mammogram الماموجرام
- ☐ Pap smear مسحة عنق الرحم
- ☐ Glaucoma test اختبار الجلوكوما
- ☐ Flu shot تطعيم الإنفلونزا
- ☐ Colon/rectal examination فحص القولون / المستقيم
- ☐ Blood pressure check قياس ضغط الدم
- ☐ Blood sugar check قياس سكر الدم
- ☐ Skin cancer screening فحص سرطان الجلد
- ☐ Prostate cancer digital screen فحص بالشاشة رقمية لسرطان البروستاتا
- ☐ Prostate cancer PSA blood screen فحص سرطان البروستاتا المستضد البروستاتي النوعي
- ☐ Cholesterol screen فحص الكوليسترول
- ☐ STI (sexually Transmitted Infections) screening فحص العدوى المنقولة جنسياً
- ☐ Vision screening فحص النظر
- ☐ Hearing screening فحص السمع
- ☐ Cardiovascular screening فحص القلب والأوعية الدموية
- ☐ Bone density test اختبار كثافة العظام
- ☐ Dental exam كشف الأسنان
- ☐ None لم اعمل اجراء وقائي خلال السنة الماضية

38. When/If you were ever pregnant, did you receive prenatal care?

إذا سبق لكِ الحمل، هل استخدمتي رعاية ما قبل الولادة

Mark only one oval.

- ☐ Yes نعم
- ☐ No لا
- ☐ Not sure غير متأكدة
- ☐ Does not apply لا ينطبق Skip to question 33

39. When/If you ever gave birth, did you breastfeed?

هل سبق لك الارضاع الطبيعي بعد الولادة

Mark only one oval.

- ☐ Yes نعم
- ☐ No لا
- ☐ Not sure متأكدة غير
- ☐ Does not apply لاينطبق

40. If you have children in household, Are the children currently living in your home current on their immunizations?

إذا كان لديك أطفال بالمنزل ، فهل الأطفال الذين يعيشون في منزلك حالياً يتلقون التطعيمات؟

Mark only one oval.

- ☐ yes نعم
- ☐ No لا
- ☐ Do not know لا أعلم
- ☐ Does not apply لاينطبق *Skip to question 43*

Chronic Diseases

41. Have YOU been diagnosed by a doctor with any of the following health problems *
or disease?

هل تم تشخيصك من قبل طبيب بأي من المشاكل الصحية أو الأمراض التالية؟

Tick all that apply.

	No لا	Yes نعم	I see a doctor أتابع مع دكتور	I am taking medications or getting treatment أنا أتناول الأدوية أو أتلقى العلاج	I feel the disease is well managed أشعر بأن المرض مُدار بشكل جيد
Diabetes داء السكري	☐	☐	☐	☐	☐
Stroke السكتة الدماغية	☐	☐	☐	☐	☐
High blood pressure ضغط دم مرتفع	☐	☐	☐	☐	☐
High cholesterol ارتفاع الكوليسترول	☐	☐	☐	☐	☐
Heart disease مرض قلبي	☐	☐	☐	☐	☐
Cancer سرطان	☐	☐	☐	☐	☐
Asthma الربو	☐	☐	☐	☐	☐
Respiratory تنفسي	☐	☐	☐	☐	☐
lung disease امراض الرئة	☐	☐	☐	☐	☐
Kidney disease امراض الكلى	☐	☐	☐	☐	☐
Obesity السمنة	☐	☐	☐	☐	☐
Liver	☐	☐	☐	☐	☐

disease

امراض الكبد

Arthritis

التهاب المفاصل

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Migraine

headaches

صداع نصفي

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Mental

disorders

أمراض عقلية

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Hepatitis

التهاب الكبد

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Tuberculosis

مرض الدرن

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Epilepsy

الصرع

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Lupus الذئبة
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Sickle cell

anemia فقر

الدم المنجلي

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Glaucoma

المياه الزرقاء في

العين

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Gonorrhea

السيلان

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
HIV/AIDS

فيروس نقص

المناعة البشرية /

الإيدز

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Dental

health

problems

مشاكل صحة

الأسنان

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Hearing
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

disorders

اضطرابات السمع

Eye**disorders**

اضطرابات العين

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Memory**loss**فقدان
الذاكرة
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Sinus**problems**

مشاكل الجيوب

الأنفية

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

42. Check all the special needs children in your home have faced (Check all that apply)

إذا لديك أطفال في المنزل، حدد كل ماينطبق من الاحتياجات الخاصة الاتية التي يواجهها الطفل(يمكنك اختيار أكثر من إجابة)

Tick all that apply.

- ☐ My children (child living in my hose) do not have any special needs أطفال (الطفل الذي يعيش في المنزل) ليس لديهم أي احتياجات خاصة
- ☐ Attention deficit / hyperactivity disorder (AD/HD) اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (AD / HD)
- ☐ Autism توحّد
- ☐ Blindness/ visual impairment العمى / ضعف البصر
- ☐ Cerebral palsy الشلل الدماغي
- ☐ Child who uses a wheelchair الطفل يستخدم كرسي متحرك
- ☐ Deaf / hearing loss الصمم / فقدان السمع
- ☐ Developmental delay تأخر النمو
- ☐ Down syndrome متلازمة داون
- ☐ Emotional disturbance الاضطراب العاطفي
- ☐ Epilepsy / Seizure disorder اضطراب الصرع / النوبات
- ☐ Intellectual disability (formerly mental retardation) الإعاقة الذهنية (التخلف العقلي سابقاً)
- ☐ Learning disabilities صعوبات التعلم
- ☐ Speech and language impairment صعوبات التعلم
- ☐ Spina bifida (السنتنة المشقوقة) انشقاق العمود الفقري
- ☐ Traumatic brain injury إصابات في الدماغ
- ☐ Other: _____

Behavioral and Lifestyle Factors

43. In the following section, how often do YOU do the following? (*N/A= does not apply to you)

*

في القسم التالي ، كم مرة تفعل ما يلي؟

(لا ينطبق عليك = * N / A)

Mark only one oval per row.

	Almost Always دائماً	Sometimes أحياناً	Never أبداً	N/A* لا ينطبق
Wear a seat belt اربط حزام الامان	☐	☐	☐	☐
Wear a helmet when riding a motorcycle, scooter ارتداء خوذة عند ركوب دراجة نارية ، سكوتر	☐	☐	☐	☐
Drive the posted speed limit قيادة الحد الأقصى للسرعة المحددة	☐	☐	☐	☐
Eat at least 5 servings of fruits and vegetables each day تناول ما لا يقل عن 5 حصص من الفاكهة والخضروات كل يوم	☐	☐	☐	☐
Eat fast food more than once a week تناول الوجبات السريعة أكثر من مرة في الأسبوع	☐	☐	☐	☐
Exercise at a moderate pace at least 13 minutes per day 5 days per week تمرّن بوتيرة معتدلة على الأقل 13 دقيقة يوميًا 5 أيام في الأسبوع	☐	☐	☐	☐
Smoking cigarettes تدخين السجائر	☐	☐	☐	☐
Chew tobacco مضغ التبغ	☐	☐	☐	☐

Are exposed to
secondhand smoke in
your home or work
تتعرض للتدخين السلبي في
منزلك أو عملك

☐☐☐☐

Use illegal drugs استخدم
العقاقير المحظورة

☐☐☐☐

Wash hands with
soap and water after
using the restroom
غسل يديك بالماء والصابون
بعد استخدام دورة المياه

☐☐☐☐

Wash hands with
soap and water
before preparing or
eating meals غسل يديك
بالماء والصابون قبل تحضير
أو تناول الوجبات

☐☐☐☐

Apply sunscreen
before plan time
outside وضع الكريم الواقي
من الشمس قبل التوجه للخارج

☐☐☐☐

Get a flu shot each
year احصل على لقاح
الأنفلونزا كل عام

☐☐☐☐

Take vitamins pills or
supplements daily
أتناول أقراص الفيتامينات أو
المكملات الغذائية يوميًا

☐☐☐☐

Get enough sleep
each night 7 to 9
hours احصل على قسط كافٍ
من النوم كل ليلة من 7 إلى 9
ساعات

☐☐☐☐

Feel stressed out تشعر
بالتوتر

☐☐☐☐

Feel happy about your
life تشعر بالسعادة في حياتك

☐☐☐☐

Feel lonely تشعر بالوحدة

☐☐☐☐

Worry about losing a job
تقلق بشأن فقدان الوظيفة

☐☐☐☐

Feel safe in your community
تشعر بالأمان
في مجتمعك

☐☐☐☐

44. Hight (CM)

الطول

الرقم انجليزي

45. Wight (KG)

الوزن

الرقم انجليزي

46. File Number

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms