



مرحبًا بكم في برنامج الحياة الصحية النشطة (Healthy Active Living)

هذه بداية رحلتك نحو أسلوب حياة صحي ونشط.

تهانينا على اتخاذك القرار لاتخاذ الخطوة الأولى نحو أسلوب حياة أكثر سعادة وصحة ونشاط! نحن متحمسون لمساعدتك في إجراء تغييرات صحية في نمط حياتك وإيجاد توازن الطاقة الذي تحتاجه لتصبح أكثر صحة.

التغيير ليس سهلاً. يتطلب الأمر الالتزام والعمل الجاد والمرونة والدعم. ومن يدعمنا أفضل من الذين نحبه! هذا هو السبب في أننا نشجع بشدة على إجراء هذه التغييرات في نمط الحياة كعائلة لتحسين فرصك في النجاح.

سنكون هناك نجاحات وإخفاقات أثناء تقدمك في رحلتك. مهما كان الأمر، يجب أن تظل أنت وعائلتك ملتزمين بأهدافكم للحفاظ على تغييرات نمط حياتكم الصحية. تعد المشاركة المستمرة في البرنامج أمراً أساسياً في الحفاظ على تغييرات نمط الحياة وتحقيق أهدافك.

ستحصل عائلتك على ست زيارات إجمالية، والتي ستشمل مزيجاً من زيارات المتابعة الشخصية بالإضافة إلى زيارات المتابعة الافتراضية/عبر الهاتف، كل 4-6 أسابيع خلال فترة وجودك في البرنامج. سيعمل فريق طبي ومعالج سلوكي وأخصائي تغذية، سيعملون معاً ويدعمونك طوال هذه الرحلة. بعد كل موعد، ستغادر ولديك هدف (أهداف) للعمل عليه قبل زيارتك التالية. مفتاح النجاح هو وعك لنفسك بالعمل على كل هدف من أهدافك كل يوم.

يدور هذا البرنامج حول تعلم أسلوب حياة صحي ولا يعتبر "نظاماً غذائياً" أو برنامجاً لفقدان الوزن. ستتلقى كل عائلة زيارة متابعة بعد 3 أشهر و6 أشهر للتأكد من استمرار العادات الصحية. سيكون هناك أيضاً نشاط بدني وفرص لدروس الطهي لعائلتك.

رحلتك تبدأ الآن. ونحن نعلم أنك ستنتج!

فريق برنامج الحياة الصحية النشطة

المواقع ومعلومات الاتصال

Chicagoland Children's Health Alliance Pediatric Outpatient Center
3232 Lake Avenue #330, Wilmette, IL 60091
مقدم الرعاية: الدكتور Lori Walsh
ساعات العمل: أيام الخميس
اتصل على الرقم (847) 318-9330 لتحديد موعد

Advocate Children's Hospital – Oak Lawn
4440 W. 95 th Street, Suite 1200H, Oak Lawn, IL 60453
مقدم الرعاية: الدكتور Jeremy Daigle
ساعات العمل: أيام الأربعاء بعد الظهر وطوال اليوم في الأربعاء الأخير من الشهر
اتصل على KIDS-684 (708) & واضغط على الخيار 1 لترتيب موعد

ما ينبغي توقعه

- زيارات شخصية مخصصة مع طبيب وأخصائي تغذية ومستشار سلوكي من أجل الاستشارات المتعلقة بتعديل السلوك والنشاط البدني والتغذية.
- زيارات لمدة تتراوح بين 45 و 90 دقيقة، حسب عدد مقدمي الخدمات الذين ستزورهم في ذلك اليوم. يُرجى التخطيط وفقًا لذلك.
- زيارات بالحضور الشخصي أو عبر الوسائل الافتراضية كل 4-6 أسابيع لمدة 6 زيارات. يعتمد عدد الزيارات ومدتها على احتياجات عائلتك.
- تقييم للمخاطر الطبية المرتبطة بزيادة الوزن التي يتعرض لها طفلك
- دروس للطهي وفرص للنشاط البدني

سياسة المريض المتأخر

هدفنا الأساسي هو تقديم خدمة استثنائية لمرضانا. للقيام بذلك، نطلب منك الوصول في الوقت المحدد لموعدك. خصص فريق رعاية الحياة الصحية النشطة وقتًا يقضيه مع كل أسرة. لهذا السبب، نطلب منك التعرف على سياسة عدم الحضور والإلغاء أدناه:

سياسة عدم حضور المريض وإلغاء المواعيد

حتى تتمكن من خدمتك بشكل أفضل، يرجى إبلاغ موقع Healthy Active Living قبل 24 ساعة مقدمًا لإلغاء أو تغيير موعدك. يرجى الاتصال بالمكتب لإلغاء موعدك أو تغييره. قد يتم إخراج المريض من البرنامج أو نقله إلى أسفل قائمة الانتظار للحصول على موعد جديد إذا كان لديه:

- عدم الحضور لموعدان متتاليين
- إلغاء مواعيد لمرتين متتاليتين خلال 24 ساعة من مواعيد
- مزيج من ثلاث حالات متتالية من عدم الحضور أو الإلغاء خلال 24 ساعة من مواعيد.

من المهم أن تحضر مواعيدك كما هو مقرر للحصول على الاستفادة الكاملة من هذا البرنامج.

نتطلع إلى شراكة رائعة معك ومع أسرتك في طريقك نحو تحسين الصحة والعافية.

المريض			
الاسم القانوني للمريض (اسم العائلة، الاسم الأول، الأوسط)		تاريخ الميلاد:	
العمر	الجنس	العرق	الإثنية
عنوان المنزل			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
اسم الوالد ورقم الهاتف المفضل (حدد ما إذا كان رقم هاتف المنزل/الهاتف المحمول/هاتف العمل)			

الخلفية والمعلومات الطبية

1. معلومات الخلفية	
طبيب طفلك الأساسي:	رقم هاتف الطبيب:
كيف سمعت عن برنامج الحياة الصحية النشطة (Healthy Active Living)?	من أحوالك إلى برنامج Healthy Active Living?
2. تاريخ المشكلة الحالية	
ما هو مصدر قلقك الرئيسي بشأن صحة طفلك؟	في أي عمر أصبح الوزن مصدر قلق؟
ماذا تأمل أن تعرفه من موعدك الأول معنا؟	
هل أنت مهتم بمعرفة المزيد عن جراحة إنقاص الوزن؟ ☐ نعم ☐ لا	
3. سجل الميلاد	
مضاعفات الحمل:	سكر الدم/مشاكل/سكري الحمل: ☐ نعم ☐ لا
الوزن عند الولادة:	الولادة المبكرة: ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فما هي مدة الوقت المبكر؟
رضاعة طبيعية؟	إذا كانت الإجابة نعم، فكم المدة؟
☐ نعم ☐ لا	



* S 3 0 0 0 1 1 *

4. التاريخ الطبي الماضي

التطعيمات حتى تاريخه: ☐ نعم ☐ لا	الحساسية من الطعام: ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تلك الحساسية:
حساسية الأدوية: ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر تلك الحساسية:	
حالات دخول المستشفى: ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فاذكر الحالات:	
حالات دخول المستشفى لأسباب تتعلق بالصحة العقلية: ☐ نعم ☐ لا هل سبق لطفلك أن خضع لاختبار لوجود إعاقة في التعلم أو تأخر في النمو؟ ☐ نعم ☐ لا	
هل تمت إحالة طفلك من قبل لاستشارة الصحة العقلية؟ ☐ نعم ☐ لا	
في الوقت الحالي، هل يزور طفلك طبيباً نفسياً أو مستشاراً أو طبيباً نفسياً أو معالجاً؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر أسماء مقدمي الخدمة:	

هل يعاني طفلك من أي من الحالات التالية:

اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط ☐ نعم ☐ لا	ارتجاع الجهاز الهضمي ☐ نعم ☐ لا	مشكلات في الكبد ☐ نعم ☐ لا
اضطراب القلق ☐ نعم ☐ لا	أمراض القلب ☐ نعم ☐ لا	الصداع النصفي ☐ نعم ☐ لا
الربو ☐ نعم ☐ لا	ارتفاع ضغط الدم ☐ نعم ☐ لا	متلازمة التكيس المتعدد بالمبيض ☐ نعم ☐ لا
أمراض الاضطرابات الهضمية ☐ نعم ☐ لا	مرض مناعي ☐ نعم ☐ لا	الحساسية الموسمية ☐ نعم ☐ لا
الاكتئاب ☐ نعم ☐ لا	مرض التهاب الأمعاء ☐ نعم ☐ لا	اضطراب النوبات ☐ نعم ☐ لا
تأخر النمو ☐ نعم ☐ لا	مرض الكلى ☐ نعم ☐ لا	توقف التنفس أثناء النوم ☐ نعم ☐ لا
مرض داء السكري ☐ نعم ☐ لا	صعوبات التعلم ☐ نعم ☐ لا	مرض الغدة الدرقية ☐ نعم ☐ لا
ارتفاع مستويات السكر في الدم ☐ نعم ☐ لا	خطة التعليم الفردية/خطة 504 ☐ نعم ☐ لا	

أخرى:

يرجى ذكر أي أطباء آخرين يزورهم طفلك:

يرجى ذكر الأدوية والفيتامينات والمكملات الغذائية لطفلك وجرعاتها:

5. المراجعة الطبية الحالية (حدد كل ما ينطبق)

العطش الشديد؟ ☐ نعم ☐ لا	انخفاض الطاقة خلال النهار؟ ☐ نعم ☐ لا	كثرة التبول؟ ☐ نعم ☐ لا
التبول اللاإرادي؟ ☐ نعم ☐ لا	الذكور: نمو الثدي؟ ☐ نعم ☐ لا	



5. المراجعة الطبية الحالية (حدد كل ما ينطبق) يُتبع

الإناث: العمر عند الدورة الشهرية الأولى؟ _____ تاريخ آخر دورة شهرية؟ _____/_____/_____	
إلى متى تستمر الدورة الشهرية؟ _____ هل هي ثقيلة أم طويلة أم غير منتظمة؟ ☐ نعم ☐ لا	
الشعر الزائد؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة نعم، فأين؟ _____	
ألم الركبة: ☐ نعم ☐ لا	ألم الورك: ☐ نعم ☐ لا
آلام القدم: ☐ نعم ☐ لا	
النوم	
وقت النوم: (اليوم العادي) _____ (يوم الإجازة) _____	القليل: ☐ نعم ☐ لا
وقت الاستيقاظ: (اليوم العادي) _____ (يوم الإجازة) _____	إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة في الأسبوع؟ _____
ساعات النوم: (اليوم العادي) _____ (يوم الإجازة) _____	ما هي المدة؟ _____
الغطيط؟ ☐ نعم ☐ لا	هل هناك أي شهيق/توقف في التنفس/اختناق أثناء النوم؟ ☐ نعم ☐ لا
هل تواجه مشكلة في البقاء مستيقظاً أثناء النهار؟ ☐ نعم ☐ لا	
6. السجل الاجتماعي	
أحياناً يكون من المفيد لنا أن نعرف من يعيش في منزل (منازل) الطفل. يرجى إدراج جميع أفراد الأسرة.	

العمر	صلة القرابة بالطفل	الاسم	العمر	صلة القرابة بالطفل	الاسم

هل يقسم طفلك الوقت بين منزلين/أسرتين أو أكثر؟ ☐ نعم ☐ لا		التدخين في المنزل: ☐ نعم ☐ لا	
أعلى مستوى تعليمي حققته الأم: _____		أعلى مستوى تعليمي حققه الأب: _____	
☐ أقل من المدرسة الثانوية		☐ أقل من المدرسة الثانوية	
☐ أكملت المدرسة الثانوية/GED		☐ أكملت المدرسة الثانوية/GED	
☐ بعض درجات الكلية أو درجة الزمالة		☐ بعض درجات الكلية أو درجة الزمالة	
☐ درجة البكالوريوس أو درجة الدراسات العليا		☐ درجة البكالوريوس أو درجة الدراسات العليا	
من المسؤول عن تسوق البقالة؟ _____		الحيوانات الأليفة في المنزل: ☐ نعم ☐ لا	
من المسؤول عن الطهي؟ _____		مستوى الصف الدراسي الخاص بطفلك: _____	
هل يتلقى طفلك وجبات خفيفة أو طعاماً أو مشروبات من مقدمي رعاية آخرين أو برنامج الرعاية اللاحقة (After Care)؟ ☐ نعم ☐ لا			
إذا كانت الإجابة نعم من من؟ _____ ومتى يحدث هذا؟ _____			
خلال الاثني عشر شهراً الأخيرة، لم يكفنا الطعام الذي اشتريناه، ولم يتوفر المال لشراء المزيد.			
☐ أحياناً يكون هذا صحيحاً ☐ غير صحيح على الإطلاق ☐ صحيح في كثير من الأحيان			
خلال الاثني عشر شهراً الأخيرة، كنا قلقين بشأن ما إذا كان طعامنا سينفذ قبل أن نحصل على المال لشراء المزيد.			
☐ أحياناً يكون هذا صحيحاً ☐ غير صحيح على الإطلاق ☐ صحيح في كثير من الأحيان			



يؤكد توقيعى أدناه أننى أكملت هذا النموذج وقد قرأت وفهمت تماماً سياسات المريض المتأخر وعدم الحضور/الإلغاء المواعيد.

التاريخ

