

## Форма оценки рисков для здоровья

Заполнение этой формы оценки рисков для здоровья займет у вас всего несколько минут. Этим вы поможете нам повысить качество вашего обслуживания. После заполнения формы отправьте ее обратно как можно скорее по адресу: SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119. Вы можете сообщить нам эти сведения по телефону, позвонив на номер **1(415) 539-2273** или **711** (TTY). Вся предоставляемая вами информация является конфиденциальной.

### Вы согласны ответить на вопросы, включенные в настоящую форму?

Да

Нет

### Инструкции:

- a. Прочтите каждый вопрос и отметьте поле с вашим ответом следующим образом: .
- b. При ответе на некоторые вопросы вам будет нужно написать текст. Напишите ваш ответ вручную на соответствующей строке рядом с вопросом.

Фамилия:		Имя:
Ид. № участника SFHP:		Идентификационный номер в программе Medicare (11-значный номер на карте Medicare):
Телефон (домашний):	Телефон (мобильный):	Я разрешаю отправку текстовых сообщений: Да Нет
Электронная почта:		Я разрешаю отправку сообщений по электронной почте: Да Нет
Адрес:		
Город:		Штат:
		Почтовый индекс:
Дата рождения:	Пол:	Местоимения: она/ее/ей    он/его/ему они/их/им    Другое:

## ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

### 1. Вам кто-нибудь помогал заполнить эту форму?

Да, лицо, осуществляющее за мной уход

Да, мой законный опекун

Да, член семьи или друг

Нет, я заполнил(а) форму сам(а)

Другое (поясните): \_\_\_\_\_

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

#### а. Если вы ответили «да», почему вам потребовалась помощь?

Я плохо вижу

У меня трудности с чтением

Я не понимаю некоторые вопросы

Другое (поясните): \_\_\_\_\_

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

#### б. Вам обычно требуется помощь в заполнении форм для медицинского страхования?

Да

Нет

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

### 2. На каком языке вы предпочитаете общаться?

Английский

Испанский

ASL

Китайский

Русский

Вьетнамский

Тагальский

Другое: \_\_\_\_\_

Не применимо

Отказываюсь отвечать

### 3. Есть ли у вас глухота или проблемы со слухом?

Да

Нет

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

### 4. Есть ли у вас слепота или проблемы со зрением, даже когда вы носите очки?

Да

Нет

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

## ПРОШЛОЕ И ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

### 5. Оцените состояние своего здоровья в целом?

Очень хорошее      Хорошее      Удовлетворительное      Плохое  
Отказываюсь отвечать      Неизвестно

### 6. У вас есть основной лечащий врач (PCP)?

Да      Нет      Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

#### a. Когда вы в последний раз были на приеме у PCP или другого врача?

Менее 6 месяцев назад      6–12 месяцев назад      Более 1 года назад      Никогда  
Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

#### b. Ваш PCP внимательно и уважительно относится к вашим проблемам?

Да      Нет      Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

### 7. Как часто за последние 6 месяцев вы смогли получить необходимый уход, анализы или лечение?

Часто      Иногда      Редко      Никогда  
Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

#### a. Сколько раз вы были в пункте неотложной помощи за последние 6 месяцев?

Нисколько      Один раз      Два или более раз  
Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

### 8. Сколько раз за последние 12 месяцев вы оставались в больнице на ночь?

Нисколько      Один раз      Два или более раз  
Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

### 9. Вы когда-либо проходили лечение или говорили врачу о том, что у вас есть какие-либо из следующих заболеваний? Выберите все применимые варианты.

Болезнь Альцгеймера или другая деменция

Тревожное расстройство

Артрит

Астма

Биполярное расстройство

Рак

Хроническая обструктивная болезнь  
легких (ХОБЛ) или эмфизема

Депрессия

Пороки развития

Диабет

Диализ

Эпилепсия или судорожные припадки

Сердечная недостаточность

Гепатит С

Повышенное артериальное давление

Трансплантация в анамнезе

Костного мозга      Сердца

Почки      Печени

Другое: \_\_\_\_\_

ВИЧ или СПИД

Заболевание почек

Проблемы с печенью

Рассеянный склероз

Шизофрения

Болезнь Паркинсона

Беременность, срок родов: \_\_\_\_\_

Вы получаете дородовой уход?      Да      Нет

Инсульт

Проблемы с щитовидной железой

Другое: \_\_\_\_\_

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

**10. Чувствуете ли вы, что какие-либо из ваших проблем со здоровьем усиливаются?**

Да Нет Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

a. Какие заболевания? \_\_\_\_\_

**11. Есть ли у вас раны, язвы или другие поражения кожи?**

Да Нет Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

a. Где у вас раны, язвы или другие поражения кожи? \_\_\_\_\_

b. Вы получаете лечение?

Да Нет Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

c. Кто помогает вам с получением ухода? \_\_\_\_\_

**12. Как часто за последние 6 месяцев вы с РСР обсуждали рецептурные препараты, которые вы принимаете?**

Часто Иногда Редко Никогда  
Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

a. Сколько прописанных вам лекарств вы принимаете?

Нисколько 1–5 6 или более  
Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

b. Вы когда-нибудь забывали принимать лекарственные препараты или принимали их неправильно?

Да Нет Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

c. Нуждаетесь ли вы в помощи с лекарствами (включая их получение и оплату)?

Да Нет Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

d. Если да, то какими именно? \_\_\_\_\_

**13. Наблюдаете ли вы изменения в том, как вы думаете, запоминаете информацию или принимаете решения?**

Да Нет Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

**14. Нужна ли вам помощь при ответе на вопросы на приеме у врача?**

Да Нет Не применимо Отказываюсь отвечать Неизвестно

## УСЛУГИ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ

15. Вы сейчас получаете помощь врача-специалиста? (Врачи-специалисты — это хирурги, кардиологи, аллергологи, дерматологи и другие эксперты, которые специализируются в определенной области медицины.)

Да            Нет            Не применимо            Отказываюсь отвечать            Неизвестно

Если да, то кого именно и с какой целью? Пример: Джейн Смит, онкология

а. Как часто за последние 6 месяцев вы попадали на прием к врачу-специалисту тогда, когда это было необходимо?

Часто                      Иногда                      Редко                      Никогда  
Не применимо            Отказываюсь отвечать                      Неизвестно

16. Когда вы в последний раз приходили на прием к врачу-специалисту?

Менее 6 месяцев назад            6–12 месяцев назад            Более 1 года назад            Никогда  
Не применимо            Отказываюсь отвечать            Неизвестно

а. Вы довольны своими врачами-специалистами?

Да            Нет            Не применимо            Отказываюсь отвечать            Неизвестно

б. Ваш РСР был(а) проинформирован(а) о лечении у врачей-специалистов?

Да            Нет            Не применимо            Отказываюсь отвечать            Неизвестно

17. Страдаете ли вы от боли, которая влияет на вашу повседневную жизнь?

Да            Нет            Не применимо            Отказываюсь отвечать            Неизвестно

а. Если да, то где вы чувствуете боль? \_\_\_\_\_

б. Оцените уровень боли по шкале от 0 до 10? \_\_\_\_\_



0

Нет боли



2

Совсем  
небольшая  
боль



4

Умеренная  
боль



6

Ощутимая  
боль



8

Сильная  
боль



10

Очень  
сильная  
боль

## УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ И ПОВСЕДНЕВНАЯ ЖИЗНЬ

### 18. Каковы ваши условия проживания?

Живу один(-на)	Бездомный(-ая)
Живу с семьей, другом или партнером	Живу в отеле/мотеле
Живу с оплачиваемым социальным сотрудником	Живу в специализированном учреждении
Испытываю беспокойство о его потере в течение 2 месяцев	
Другое (перечислите): _____	
Отказываюсь отвечать	Неизвестно

### 19. Можете ли вы безопасно находиться и перемещаться там, где вы живете?

Да	Нет	Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно
----	-----	--------------	----------------------	------------

#### Если нет, то имеются ли там, где вы живете:

Хорошее освещение	Да	Нет
Хорошее отопление	Да	Нет
Хорошее охлаждение	Да	Нет
Поручни для лестницы или пандус	Да	Нет
Горячая вода	Да	Нет
Туалет внутри помещения	Да	Нет
Запираемая уличная дверь	Да	Нет
Ступеньки у входа или внутри дома	Да	Нет
Лифт	Да	Нет
Возможность использования инвалидной коляски	Да	Нет
Удобный выход из дома	Да	Нет

### 20. Нужна ли вам помощь с какими-либо из этих действий?

	Отказываюсь отвечать	Неизвестно
Принимать ванну или душ	Да Нет	Не применимо
Подниматься по лестнице	Да Нет	Не применимо
Прием пищи	Да Нет	Не применимо
Одевание	Да Нет	Не применимо
Чистка зубов, расчесывание волос, бритье	Да Нет	Не применимо
Готовка еды	Да Нет	Не применимо
Подъем с постели или со стула	Да Нет	Не применимо
Покупки в магазинах и получение продуктов питания	Да Нет	Не применимо
Пользование туалетом	Да Нет	Не применимо
Передвижение пешком	Да Нет	Не применимо
Мытье посуды или стирка одежды	Да Нет	Не применимо
Выписывание чеков или отслеживание финансов	Да Нет	Не применимо
Организация поездок к врачу или к друзьям	Да Нет	Не применимо
Работа по дому или в саду	Да Нет	Не применимо
Посещение родственников или друзей	Да Нет	Не применимо
Пользование телефоном	Да Нет	Не применимо
Контроль за приемами у врачей	Да Нет	Не применимо

**а. Если да, то получаете ли вы всю необходимую помощь для выполнения этих действий?**

Да                      Нет                      Не применимо                      Отказываюсь отвечать                      Неизвестно

**21. Пали ли вы в течение последних 3 месяцев?** (самостоятельно – без внешнего воздействия)

Да                      Нет                      Не применимо                      Отказываюсь отвечать                      Неизвестно

**а. Бойтесь ли вы упасть?**

Да                      Нет                      Не применимо                      Отказываюсь отвечать                      Неизвестно

**б. Вы говорили с вашим РСР о падении, проблемах с равновесием или ходьбой?**

Да                      Нет                      Не применимо                      Отказываюсь отвечать                      Неизвестно

**с. Рекомендовал ли ваш РСР что-либо из нижеследующего?**

Трость или ходунки	Физические упражнения или физиотерапию	Проверку зрения	
Проверку слуха	Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно

**22. Есть ли у вас родственники или знакомые, которые готовы помогать вам при необходимости?**

Да                      Нет                      Не применимо                      Отказываюсь отвечать                      Неизвестно

**а. Если да, укажите имя и отношение к вам лица, осуществляющего уход:**

---

**23. Считаете ли вы, что человеку, который за вами ухаживает, приходится нелегко?**

Да                      Нет                      Не применимо                      Отказываюсь отвечать                      Неизвестно

**а. Если да, то какая поддержка ему/ей нужна?**

## ПОЛУЧЕННЫЕ УСЛУГИ

**24. Вы пользуетесь каким-либо из этих изделий?** Выберите все, что применимо.

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Протезы или искусственные конечности                     | Мешки для стомы или другие материалы |
| Катетер  | Кислород                             |
| CPAP или BiPAP (приспособление, которое помогает уснуть) | Трахеостомия или обсаывающая система |
| Аппараты при диабете (глюкометр и т. д.)                 | Трубка для кормления                 |
| Подгузники или другие изделия в случае недержания        | Ходунки или трость                   |
| Слуховые аппараты  | Кресло-коляска                       |
| Больничная койка   | Не применимо                         |
| Инфузии (внутривенные [в/в] препараты)                   | Отказываюсь отвечать                 |
|  | Неизвестно                           |

**а. Если вы не пользуетесь ничем из перечисленного, вам нужны какие-либо другие изделия?**

- Да      Нет      Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

**б. Если да, перечислите:** \_\_\_\_\_

**25. В течение последних 12 месяцев у вас заканчивались средства на оплату продуктов питания, аренды, счетов и лекарств?**

- Да      Нет      Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

**26. Пользуется ли кто-либо вашими деньгами без вашего разрешения?**

- Да      Нет      Не применимо      Отказываюсь отвечать      Неизвестно

**27. Имеете ли вы доступ к услугам Medi-Cal в настоящее время?**

- |   |   |
|---|---|
| Транспортировка   | Помощь в оплате счетов за коммунальные услуги |
| Амбулаторные услуги по лечению алкоголизма или наркотической зависимости                | Услуги поддержки на дому (IHSS)               |
| Психиатрические услуги  | Региональный центр                            |
| Программа продовольственной помощи (Meals on Wheels, CalFresh, продовольственные банки) | Услуги жилищного обеспечения                  |
|   | Стоматологические услуги                      |

Другие ресурсы местного сообщества: \_\_\_\_\_

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

**28. За последние 2 недели вы чувствовали себя подавленным(-ой) или угнетенным(-ой)?**

Нет	Несколько дней	Больше половины дней	Почти каждый день
Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно	

**29. В последние 2 недели вы замечали у себя отсутствие интереса или удовольствия от повседневных вещей?**

Нет	Несколько дней	Больше половины дней	Почти каждый день
Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно	

**30. Сколько раз за последний месяц вы чувствовали себя одиноко?**

Нет – Я никогда не чувствую себя одиноким(-ой)	Менее 5 дней	
Более половины (15) дней	Большинство дней – Я всегда чувствую себя одиноким(-ой)	
Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно

**31. За последний год боялись ли вы, что кто-нибудь причинит вам боль?**

Да	Нет	Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно
----	-----	--------------	----------------------	------------

**32. У вас были мысли о причинении вреда себе или другим?**

Да	Нет	Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно
----	-----	--------------	----------------------	------------

## СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

**33. Вы курите сигареты (в том числе электронные), вейпы или используете другие табачные изделия?**

Да	Нет	Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно
----	-----	--------------	----------------------	------------

**а. Если да, нужна ли вам помощь, чтобы бросить курить?**

Да	Нет	Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно
----	-----	--------------	----------------------	------------

**34. Как часто вы употребляете алкоголь?**

Никогда	1 раз или реже в месяц	2–4 раза в месяц
2–3 раза в неделю	4 или более раз в неделю	
Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно

**35. Какое количество алкогольных напитков вы употребляете в обычный день?**

1–2	3–4	5 или более
Не применимо	Отказываюсь отвечать	Неизвестно

## ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

### 36. Принимает ли кто-либо медицинские и другие решения за вас?

Нет, я могу решать самостоятельно

Да, друг или член семьи

Имя и отношение к вам \_\_\_\_\_

Да, законный опекун

Имя и отношение к вам \_\_\_\_\_

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

### 37. У Вас есть предварительное медицинское распоряжение? (Это документ, в котором указано, что делать врачам в случае, если вы не сможете принять самостоятельное решение.)

Да

Нет

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

#### а. Если да, то какого типа?

Завещание

Долгосрочная доверенность для принятия медицинских решений

Медицинская доверенность

Распоряжение в области поддержания жизни (POLST)

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

#### б. Если нет, хотите ли бы вы поговорить с кем-нибудь о получении предварительного медицинского распоряжения?

Да

Нет

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

### 38. Есть ли у вас какие-либо культурные или религиозные убеждения, которые влияют на выбор лечения?

Да

Нет

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

### 39. В каком формате вы предпочитаете получать медицинскую информацию?

Письменном (напечатанном)

Письменном (крупным шрифтом)

Шрифт Брайля

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно

### 40. По результатам этой оценки мы будем определять цели, которые помогут нам управлять вашими медицинскими потребностями. Вы хотите, чтобы копия такого документа была отправлена вам по почте после обновления?

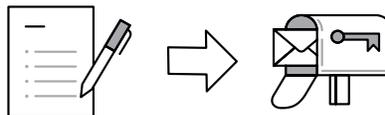
Да

Нет

Не применимо

Отказываюсь отвечать

Неизвестно



**Спасибо за заполнение этой формы.**

Пожалуйста, отправьте заполненную анкету по адресу: SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.

Добро пожаловать в SFHP Care Plus. Мы рады видеть вас среди наших участников.

Вы можете запросить этот документ в альтернативном формате, например, набранный шрифтом Брайля, крупным шрифтом и в форме аудиозаписи. Чтобы запросить информацию в другом формате или попросить о помощи в чтении этого документа и прочих материалов от SFHP, позвоните в Отдел обслуживания участников по номеру **1(415) 539-2273** или **1(833) 530-7327** (бесплатно). Если у вас имеются нарушения слуха, позвоните по номеру **711** (TTY).