

Анкета оценки риска для здоровья (HRA)

ВВЕДЕНИЕ

Благодарим Вас за согласие заполнить анкету оценки риска для здоровья (HRA) HPSM. Оценка займет около 20 минут. Ваши ответы на вопросы помогут нам лучше узнать о состоянии Вашего здоровья и Ваших медицинских потребностях. Благодаря этому мы сможем предоставлять Вам все необходимое для Вас медицинское обслуживание и принадлежности.

После того как вы заполните анкету оценки риска для здоровья (HRA), HPSM подготовит для Вас индивидуальный план медицинского обслуживания. Вы можете принять участие в разработке плана. Это поможет включить в план все необходимые для Вас пункты — лекарства, посещения врача, рекомендации по питанию и физическим упражнениям и многое другое. Вы можете изучить свой план медицинского обслуживания со своим основным поставщиком медицинских услуг и обратиться в HPSM за помощью. Ваши ответы на анкету HRA и план медицинского обслуживания полностью конфиденциальны.

Если у Вас есть вопросы, звоните по номеру **1-888-234-6403** (звонок бесплатный) или **650-227-4670**. Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

I. Ваши Личные Данные

Дата (mm/dd/yyyy) _____

1: Предоставьте Ваши личные данные	
Имя и фамилия участника	Предпочитаемое имя
Дата рождения (mm/dd/yyyy) _____	Идентификационный номер участника плана HPSM, указанный на Вашей идентификационной карточке участника HPSM
Номер телефона	Адрес электронной почты

2: Кто заполнял эту анкету?	
Самостоятельно (участник)	Законный представитель
Член семьи/родственник	Наемный работник, ухаживающий за участником
Друг/подруга	Другое _____

3: На каком языке Вы предпочитаете говорить и читать? Отметьте одну ячейку для языка, на котором Вы предпочитаете говорить, и еще одну ячейку для языка, на котором Вы предпочитаете читать.						
Английский	Чтение	Разговор	Русский	Чтение	Разговор	Другой _____
Испанский	Чтение	Разговор	Китайский (мандарин)	Чтение	Разговор	Не знаю
Тагальский	Чтение	Разговор	Китайский (кантонский)	Чтение	Разговор	Предпочитаю не отвечать

OFFICE USE ONLY

PROCESSED BY:

RECEIVED:

SENT:

Выберите один ответ для каждого вопроса, если не указывается, что следует выбрать более одного ответа.

II. Ваше Медицинское Обслуживание

Ваши ответы на эти вопросы помогут нам лучше узнать о том, как Вы оцениваете свое здоровье, и о Вашем использовании услуг системы здравоохранения

4a: Нужна ли Вам помощь, чтобы отвечать на вопросы при посещении врача?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

4b: Нужна ли Вам помощь в заполнении документов, имеющих отношение к здоровью?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

5: Как Вы оцените свое состояние здоровья в целом за последние 4 недели?

Очень плохое	Плохое	Хорошее	Очень хорошее
Прекрасное	Не знаю	Предпочитаю не отвечать	

6: Почему здоровье важно для Вас?

Есть ли что-либо, что Вы не можете, но хотели бы сделать, в связи с Вашим состоянием здоровья? Что Вы хотели бы поправить в состоянии своего здоровья? Что в состоянии Вашего здоровья беспокоит Вас больше всего в настоящее время?

Не знаю

Предпочитаю не отвечать

7a: К какому поставщику медицинских услуг/врачу или в какую клинику Вы обращаетесь чаще всего?

Имя и фамилия поставщика медицинских услуг/врача/название клиники

Не знаю

Предпочитаю не отвечать

7b: Является ли указанный выше поставщик основным поставщиком медицинских услуг (PCP), специалистом или другим типом поставщиков?

PCP	Специалист	Клиника
Другой _____	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

II. Ваше Медицинское Обслуживание *(продолжение)*

8a: Назначены ли у Вас на ближайшее время врачебные приемы или лечебные процедуры?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

8b: Нужна ли Вам помощь HPSM для координирования врачебных приемов или процедур?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

8c: Нужна ли Вам помощь в получении каких-либо из перечисленных ниже услуг или медицинских принадлежностей?

	Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
Стоматологические услуги/уход за полостью рта (уход за съемными зубными протезами, кариес, чистка, боль и др.)				
Услуги специалиста (кардиолога, пульмонолога, специалиста по хронической боли, психиатра и др.)				
Услуги репродуктивного здоровья (акушер-гинеколог, планирование семьи, урология и др.)				
Лекарства (назначенные Вашим поставщиком медицинских услуг)				
Принадлежности для людей с недержанием (подгузники для взрослых) и/или лечение				
Медицинские принадлежности (для диабетиков, для измерения артериального давления, для ухода за ранами, кислородное оборудование и др.)				
Другой				

8d: Нужна ли Вам помощь в приеме лекарств?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

9: У Вас есть план на случай чрезвычайной ситуации (такой как пожар, землетрясение, чрезвычайная ситуация, требующая мер по охране общественного здоровья и др.)?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

II. Ваше Медицинское Обслуживание *(продолжение)*

10a: У Вас есть план в отношении Вашего медицинского обслуживания на случай, если Вы не сможете принимать решения?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

10b: У Вас есть кто-либо, кто принимает решения за Вас, например законный представитель, или Вы в состоянии принимать решения самостоятельно?

Я принимаю решения самостоятельно	У меня есть человек, который помогает мне принимать решения	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
-----------------------------------	---	---------	-------------------------

10c: Если у Вас есть законный представитель, укажите в графе ниже его имя и фамилию, а также контактный номер

Имя и фамилия _____	Номер телефона _____	Кем приходится участнику _____
------------------------	-------------------------	-----------------------------------

III. Условия Проживания

Этот раздел поможет нам узнать об условиях Вашего проживания и о том, как они влияют на Ваше здоровье. Также мы сможем узнать, не требуется ли Вам дополнительное оборудование и следует ли Вас направить к другим ресурсам.

11a: Где Вы живете в настоящее время (в течение последних 6 месяцев)?

Дом, квартира или трейлер	Дом на колесах или мобильный дом	Я снимаю комнату или живу в общей/отдельной комнате в учреждении с частичным уходом*
Отель или мотель	Больница, лечебное учреждение или дом престарелых с медицинским уходом	У меня нет жилья (я проживаю в приюте, на улице, на пляже или в парке)
Другой _____	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

11b: Если Вы проживаете в том или ином учреждении, хотели бы Вы переехать?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

III. Условия Проживания *(продолжение)*

12: Вас беспокоит место Вашего проживания?			
Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

13: Боятесь ли Вы кого-нибудь? Причиняет ли Вам кто-нибудь вред?			
Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

14: Безопасно ли Ваше жилье и можете ли Вы без труда перемещаться по дому?			
Да <i>Перейдите к вопросу 16</i>	Нет <i>Перейдите к вопросу 15</i>	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

15: Если Вы ответили «Нет» на вопрос 14, имеется ли в месте Вашего проживания:	Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
Хорошее освещение				
Хорошее отопление				
Хорошее охлаждение				
Перила на каждой лестнице или пандусе				
Горячая вода				
Туалет в доме				
Запирающаяся входная дверь				
Лестница ко входу в дом или лестница внутри дома				
Лифт				
Достаточно пространства для использования инвалидной коляски				
Возможность беспрепятственно выйти из дома				

III. Условия Проживания *(продолжение)*

16: Является ли Ваше ежедневное питание сбалансированным (различные овощи, белки, полезные для здоровья злаки)?			
Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

17: Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями 2 или 3 часа каждую неделю (например, быстрая ходьба в течение 30 минут в день 5 дней в неделю)?			
Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

18a: Каким транспортным средством Вы обычно пользуетесь?			
Автомобиль	Автобус/ общественный транспорт	Такси/служба совместных поездок	Велосипед
Я хожу пешком	Другой _____	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

18b: Если в транспортном средстве имеется ремень безопасности, как часто Вы его используете?			
Каждый раз	Большую часть времени	Иногда	Редко
Никогда	Не знаю	Предпочитаю не отвечать	

19: В настоящее время у Вас имеются какие-либо из перечисленных проблем?	Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
Зрение; Вы наталкиваетесь на предметы, когда перемещаетесь по дому?				
Вы используете очки/контактные линзы и нужна ли Вам помощь для того, чтобы приобрести их?				
Слух; говорил ли Вам кто-нибудь, что Вам нужно проверить слух?				
Вы используете слуховой аппарат и нужна ли Вам помощь для того, чтобы приобрести его?				
Вы используете трость, ходунки или инвалидную коляску и нужна ли Вам помощь для того, чтобы приобрести эти изделия?				
Если да, укажите, что именно	Трость	Ходунки	Инвалидная коляска	Другой _____
Состояние полости рта (уход за зубами, съемные зубные протезы, проблемы, связанные с зубами/ротовой полостью)				
Вы используете съемный зубной протез и нужна ли Вам помощь для того, чтобы получить его?				

III. Условия Проживания *(продолжение)*

20а: Нужна ли Вам помощь при выполнении каких-либо из следующих действий?	Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
Прием ванны или душа				
Подъем по лестнице				
Приготовление пищи				
Покупки и обеспечение себя едой				
Прием пищи				
Одевание				
Расчесывание, чистка зубов, бритье				
Вставание с кровати или со стула				
Использование туалета				
Ходьба				
Мытье посуды или стирка				
Выписывание чеков или отслеживание финансов				
Организация поездки к врачу или друзьям				
Работа по дому или во дворе/в саду				
Посещение родственников или друзей				
Использование телефона				
Отслеживание графика запланированных мероприятий и посещений врачей				

20b: Если Вы ответили «Да» на любой из пунктов вопроса номер 20а, получаете ли Вы необходимую помощь в выполнении этих действий?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

III. Условия Проживания *(продолжение)*

21: Готовы и в состоянии ли члены Вашей семьи или другие люди помочь Вам, когда Вам это необходимо?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

22: Кажется ли Вам, что человек, ухаживающий за Вами, иногда не справляется и не может предоставить всю необходимую Вам помощь?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

23а: Боитесь ли Вы падений?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

23б: Пали ли Вы в течение последнего месяца?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

24а: Не использует ли кто-либо Ваши деньги без Вашего согласия?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

24б: Случается ли так, что у Вас заканчиваются деньги на покупку продуктов, лекарств, арендную плату, оплату счетов?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

IV. Благополучие

Этот раздел поможет нам узнать, как Вы себя чувствуете с физической, психической и эмоциональной стороны.

25: БОЛЬ — в какой степени она мешает Вам выполнять повседневные действия?

1 абсолютно не мешает	2	3	4	5	6	7	8	9	10 все врем
				Не знаю			Предпочитаю не отвечать		

26: УСТАЛОСТЬ — в какой степени она мешает Вам выполнять повседневные действия?

1 абсолютно не мешает	2	3	4	5	6	7	8	9	10 все врем
				Не знаю			Предпочитаю не отвечать		

27: Как часто в течение последнего месяца (30 дней) Вы испытывали чувство одиночества?

Ни разу (мне никогда не бывает одиноко)	Менее 5 дней	Более 15 дней	Почти каждый день (мне всегда одиноко)	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
---	--------------	---------------	--	---------	----------------------------

28: Как часто в течение последних двух недель Вы испытывали снижение интереса к своим занятиям или удовольствия от них?

Ни разу	Несколько дней	Более половины дней	Более половины дней	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
---------	----------------	------------------------	------------------------	---------	----------------------------

29: Как часто в течение последних двух недель Вы испытывали грусть, подавленность или ощущение безнадежности?

Ни разу	Несколько дней	Более половины дней	Более половины дней	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
---------	----------------	------------------------	------------------------	---------	----------------------------

30: Изменились ли у Вас каким-либо образом процессы мышления, памяти или принятия решений?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

IV. Благополучие *(продолжение)*

31a: В настоящее время употребляете ли Вы табачные изделия (сигареты, электронные сигареты, жевательный табак и др.)? Выберите все применимые варианты.

Я не употребляю табачные изделия	Да, я использую следующие виды табачных изделий: Сигареты Электронные сигареты Жевательный табак Другой _____	Не знаю
		Предпочитаю не отвечать

31b: В настоящее время употребляет ли кто-либо из членов Вашей семьи табачные изделия (сигареты, электронные сигареты, жевательный табак и др.)? Выберите все применимые варианты.

Никто в моей семье не употребляет табачные изделия	Да, кто-то из членов моей семьи, проживающих со мной, использует следующие виды табачных изделий: Сигареты Электронные сигареты Жевательный табак Другой _____	Не знаю
		Предпочитаю не отвечать

32: За последний год, как часто Вы употребляли любые виды алкогольных напитков?

Никогда	Несколько раз в год	Раз в месяц
Несколько раз в месяц	Раз в неделю	Несколько раз в неделю
Ежедневно	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

33: Случалось ли так, что кто-то высказывал Вам свое мнение о том, что Вы выпиваете/курите/употребляете психоактивные вещества?

Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать
----	-----	---------	-------------------------

V. 0 Вас

Данный раздел поможет нам лучше узнать о Ваших личных особенностях.

34: Укажите свою расовую принадлежность/национальность? Выберите все подходящие варианты.		
Белый	Черный или афроамериканец	Американский индеец или коренной житель Аляски
Испаноязычный или латиноамериканец (уточните ниже): Мексиканец, американец мексиканского происхождения, мексикоамериканец Уроженец Сальвадора Уроженец Гватемалы Кубинец Пуэрториканец Другой _____	Азиатское происхождение уточните ниже: Индиец Камбоджиец Китаец Филиппинец Хмонг Японец Кореец Лаотянин Вьетнамец Другой _____	Коренной житель Гавайских островов или уроженец других островов Тихого океана уточните ниже: Коренной житель Гавайских островов Уроженец острова Гуам или представитель народности чаморро Уроженец острова Самоа Другой _____
Другая расовая / национальная принадлежность _____	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

35: Как Вы себя идентифицируете?			
Мужчина	Женщина	Трансгендерный мужчина/ FTM	Трансгендерная женщина/ MTF
Не отношу себя однозначно ни к мужскому, ни к женскому полу; гендерквир/гендерно неконформный(-ая)	Другая гендерная категория (или другое): <i>укажите</i> _____	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

36: Являетесь ли Вы ветераном вооруженных сил США?			
Да	Нет	Не знаю	Предпочитаю не отвечать

V. 0 Вас *(продолжение)*

37: Хотели бы Вы что-либо указать в заключение? Имеются ли у Вас какие-либо потребности, которые нам следует рассмотреть без промедления?

Благодарим вас!

Приложения: Уведомление об отсутствии дискриминации и языковой поддержке