

Расширенное управление медицинским обслуживанием (ЕСМ) Руководство по плану ухода

Информация для пациента			
Имя:		Фамилия:	
Пол:		Дата рождения:	
Местоимения:		Предпочтительный язык:	
Информация об адресе			
Улица:			
Город:		Почтовый индекс:	
Штат:		Округ:	
Домашний адрес совпадает с почтовым?		Да	Нет
Улица:		Абонентский ящик:	
Город:		Почтовый индекс:	
Штат:		Округ:	
Контактная информация			
Email:			
Номер телефона:			
Другие контакты			
Семья/опекун	Имя и фамилия:	Можем ли мы связаться с ним/ней в случае необходимости?	
Email:		Номер телефона:	
Местная команда по уходу	Имя и фамилия:	Можем ли мы связаться с ним/ней в случае необходимости?	
Email:		Номер телефона:	
Представитель программы	Имя и фамилия:	Можем ли мы связаться с ним/ней в случае необходимости?	
Email:		Номер телефона:	
Информация о страховке			
Ид. № участника Medi-Cal:			
Первичное страхование	План:	Группа №	
Полис №		Ид. № участника:	
Вторичное страхование	План:	Группа №	
Полис №		Ид. № участника:	
Уровень серьезности	Как, по мнению участника, он следит за своим здоровьем?		
___ Низкий риск ___ Высокий риск	___ Плохо ___ Умеренно ___ Хорошо		
Социальные факторы здоровья			
Если в отношении участника наблюдаются какие-либо изменения, поставьте галочку и опишите изменения:			
Образование:		Трудоустройство:	
Уровень дохода:		Продовольственная безопасность:	

Расширенное управление медицинским обслуживанием (ЕСМ) Руководство по плану ухода

Ситуация с жильем:	Транспортировка:
Сети поддержки:	
Дополнительные примечания:	

Критерии для участия в ЕСМ		
Основные группы населения (отметьте все применимые)		
Взрослый	Взрослый бездомный	
	Взрослые с риском госпитализации или поступления в пункт неотложной помощи, которого можно избежать.	
	Дети и подростки с серьезными психическими заболеваниями (SMH) и /или употребляющие психоактивные вещества (SUD)	
	Взрослые, проживающие в сообществе, которым могут понадобиться услуги долгосрочного ухода.	
	Взрослые, переезжающие из дома-интерната, на территорию сообщества.	
	Взрослые во время беременности и в послеродовом периоде и/или столкнувшиеся с несправедливыми отношением при родах на основе расовых или этнических отличий.	
	Взрослые, переезжающие из тюрьмы, на территорию сообщества.	
Дети	Бездомные дети.	
	Дети с риском госпитализации или поступления в пункт неотложной помощи, которого можно избежать.	
	Дети с серьезными психическими заболеваниями (SMH) и /или употребляющие психоактивные вещества (SUD).	
	Дети с дополнительными потребностями, участвующие в программах обслуживания детей штата Калифорния (CCS) или Whole Child Model	
	Дети, участвующие в программах социального обеспечения.	

Расширенное управление медицинским обслуживанием (ЕСМ) Руководство по плану ухода

	Несовершеннолетие во время беременности и в послеродовом периоде и/или столкнувшиеся с несправедливыми отношением при родах на основе расовых или этнических отличий.	
	Дети, переезжающие из учреждения для несовершеннолетних на территорию сообщества.	

Физическое здоровье			
Активные медицинские проблемы (хронические заболевания, риск падения, проблемы с речью и т.д.)		История болезни	
*Артериальное давление: Для участников в возрасте 18 лет и старше; при показателях, превышающих 140 / 90, обратитесь за консультацией к основному поставщику медицинских услуг (PCP)		*Уровень A1C (глюкозы в крови): Участники, страдающие диабетом или принимающие антипсихотические препараты	
Дата:	___ Систолической / ___ Диастолическое	Дата:	___ A1C%
Здоровье зубов			
Текущие стоматологические проблемы			
Имя стоматолога:		Дата последнего посещения:	
Стоматологический кабинет:		Дата следующего посещения:	
Анамнез психического здоровья			

Расширенное управление медицинским обслуживанием (ЕСМ) Руководство по плану ухода

*** Если результат теста PHQ-2 составляет 3 или более баллов, необходимо провести тест PHQ-9. Оценка в 10 и более баллов требует последующего наблюдения.**

Дата: *Результат [PHQ-2](#) *Результат [PHQ-9](#)

Если участник принимает антидепрессанты или проходит психотерапию, предоставьте более подробную информацию:

(например: принимает лекарства в соответствии с инструкциями; отмечается улучшение психического здоровья после терапии)

Скрининг на расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

Употребление алкоголя

Употребление наркотиков

Как часто:

Как часто:

Тип вещества:

*Результат по [A UDIT-C](#)

*Результат по [DAS T-10](#)

Если вы располагаете дополнительной информацией, сообщите ее здесь:

Госпитализации

Кол-во посещений больницы за последние 6 месяцев:

Кол-во посещений отделения неотложной помощи за последние 6 месяцев:

Медицинское оборудование длительного пользования, используемое в настоящее время

___ Больничная койка ___ Кислород

___ Инвалидная коляска ___ Приспособление для ходьбы

Используемое

Посещения врача

Кол-во посещений PCP за последние 6 месяцев:

Дата последнего посещения:

Имя врача:

Кабинет врача:

*Результаты теста должны быть сообщены и объяснены участнику. Может потребоваться

Кол-во посещений специалистов за последние 6 месяцев:		Дата последнего посещения:	
ФИО специалиста:		Кабинет специалиста:	
Перечень		Для чего используется	
Аллергии			
Услуги долгосрочного ухода			
	Услуги для взрослых на базе сообщества (CBAS)		Услуги поддержки на дому (IHSS)
	Агентство по оказанию медицинской помощи на дому (под наблюдением)		Многофункциональная программа помощи пожилым лицам (MSSP)
	Услуги хосписа		Паллиативная помощь (медицинская помощь при серьезных заболеваниях)
	Иное:		
Дополнительные примечания:			
Планирование ухода и			
Обсуждение планирования ухода и лечения		Да	Нет
Лицо, принимающее медицинские решения за пациента		Имеется	Не требуется
Предварительное распоряжение (документ о предпочтениях в области медицинского лечения)		Имеется	Не требуется
Дополнительные примечания:			

Цели			
Цель:			
Действие:			
Препятствия:			
Результат:	___ Цель достигнута	___ Цель не достигнута	___ Цель достигнута частично
Цель:			
Действие:			
Препятствия:			
Результат:	___ Цель достигнута	___ Цель не достигнута	___ Цель достигнута частично
Цель:			
Действие:			
Препятствия:			
Результат:	___ Цель достигнута	___ Цель не достигнута	___ Цель достигнута частично
Цель:			
Действие:			
Препятствия:			
Результат:	___ Цель достигнута	___ Цель не достигнута	___ Цель достигнута частично
Направления не требуются			
Дополнительная информация:			



Расширенное управление медицинским обслуживанием (ЕСМ) Руководство по плану ухода

Имя сотрудника ЕСМ:

Дата:

Подпись сотрудника ЕСМ:

Дата:

Подпись медицинского
работника:

Должность:

Дата: