

Partnership HealthPlan of California

Форма для оценки рисков для здоровья

для пожилых участников и участников с инвалидностью

Эта форма поможет плану Partnership оценить ваше текущее состояние здоровья и ваши потребности, а также установить способы помочь вам чувствовать себя лучше. Пожалуйста, потратьте несколько минут на заполнение этой формы и отправьте ее по почте как можно скорее.

Если вы считаете, что вам требуется прием у врача до того, как с вами свяжется представитель плана Partnership, вам следует обратиться к врачу или в больницу.

Если у вас есть вопросы, звоните в Partnership по номеру телефона **(800) 809-1350** с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 5 р.м.

Пользователям с нарушениями слуха и пользователям телетайпа следует обратиться по номеру: (800) 735-2929.

Отправьте заполненную форму по адресу:

Partnership HealthPlan of California
c/o Care Coordination
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4502

***Заполнение данной формы является добровольным.
Вам не могут отказать в обслуживании на основании ваших ответов.***

Фамилия, имя участника РНС: _____

Дата рождения: _____ ID-номер Medi-Cal: _____

1. Какой язык является для вас предпочтительным?
 Английский Испанский Русский Китайский
(мандаринский) •• Тагальский Другой
2. Каков был ваш пол при рождении?
 Мужской Женский Другой
3. Как вы предпочитаете, чтобы к вам обращались?
 Он/ему/его Она/ей/ее Они/им/их Другое

4. Есть ли у вас сложности в общении в связи с нарушениями слуха, зрения или речи? Да Нет
Если да, нужны ли вам специальные материалы или оборудование? Да Нет
5. Есть ли у вас постоянный врач? Да Нет
6. Посещаете ли вы специалиста (врача, который специализируется на определенных заболеваниях, например, сердца или почек, онкологических или иных заболеваниях)? Да Нет
7. Как вам кажется, понимает ли ваш врач (или врачи) ваши медицинские потребности? Да Нет
8. Требуется ли вам прием у врача в течение ближайших 60 дней? Да Нет
Если да, записаны ли вы на прием? Да Нет
9. Получаете ли вы обслуживание или услуги от регионального центра, который предоставляет обслуживание людям с нарушениями развития? Да Нет
10. Вы беременны? Да Нет
11. Обращались ли вы в отделение неотложной помощи 2 раза или более в течение последних 12 месяцев? Да Нет
12. Госпитализировали ли вас в течение последних 12 месяцев? Да Нет
13. Используете ли вы медицинское оборудование или специальные принадлежности, такие как медицинская кровать, кресло-коляска, ходунки или калоприемник? Да Нет
Если да, нужна ли вам помощь в приобретении принадлежностей? Да Нет
14. Вы курите или употребляете табачную продукцию? Да Нет
Если да, нужна ли вам помощь в отказе от курения? Да Нет

15. Используете ли вы домашние кислородные баллоны?
 Да Нет

16. Сколько рецептурных препаратов в день вы принимаете?
 1 2 3 4 5 6 7 8 или более

17. Сообщал ли вам кто-либо о наличии у вас следующих проблем со здоровьем?

(отметьте «да» или «нет» для каждой проблемы)

Состояние, на которое распространяется действие программы California Children's Services (CCS) Да Нет

Астма / заболевания легких Да Нет

Заболевания сердца Да Нет

Диабет Да Нет

ВИЧ или СПИД Да Нет

Почечная болезнь Да Нет

Судорожные припадки Да Нет

Рак Да Нет

Состояние, на которое распространяется действие программы координации медицинской терапии МТР/MTU Да Нет

Если вы отметили «да» для любой из этих проблем, наблюдает ли вас врач или специалист по поводу любого из этих состояний?

Да Нет

Если вы отметили «да» для любой из этих проблем, делали ли вам операцию по поводу этой проблемы?

Да Нет

Нужна ли вам помощь в поиске врача для помощи с любым из этих состояний?

Да Нет

18. Вам когда-либо говорили о наличии у вас психического или поведенческого расстройства, такого как депрессия, биполярное расстройство или шизофрения? Да Нет

Если да, нужна ли вам помощь в поиске врача для помощи с психическим или поведенческим расстройством? Да Нет

19. Нужна ли вам дополнительная информация о том, как улучшить состояние своего здоровья и оставаться здоровым?
 Да Нет

20. Нужна ли вам помощь, чтобы выполнять любое из указанных ниже действий? (Отметьте «Да» или «Нет» для каждого из действий и «Не применимо», если вы никогда не выполняли это действие)

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------|
| Принимать ванну или душ | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Подниматься по лестнице | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Есть | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Одеваться | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Чистить зубы, расчесывать волосы, бриться | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Готовить еду | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Вставать с кровати или со стула | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Делать покупки и приносить домой продукты | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Пользоваться туалетом | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Своевременно посещать туалет без «происшествий» | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Ходить | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Мыть посуду или стирать одежду | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Выписывать чеки и контролировать финансы | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Ездить к врачу или к друзьям | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Выполнять работу дома или в саду | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Выходить из дома для встреч с родственниками или друзьями | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Пользоваться телефоном | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Соблюдать назначенное время приема | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
- Если да, есть ли у вас необходимая помощь для выполнения таких действий?**
- Да Нет Не применимо

21. Имеете ли вы возможность безопасно проживать и легко передвигаться у себя дома?

- Да Нет Не применимо

Если нет, есть ли в месте, где вы проживаете, следующие условия: (Отметьте «Да», «Нет» или «Не применимо» для каждого из пунктов)

- | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------|
| Хорошее освещение | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Хорошее отопление | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Хорошее охлаждение воздуха | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Поручни для лестниц и спусков | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Горячая вода | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------|
| Туалет в помещении | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Запираемая дверь на улицу | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Лестница перед входом или лестница внутри дома | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Лифт | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Пространство для кресла-каталки | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |
| Удобный путь к выходу из дома | <input type="checkbox"/> | Да | <input type="checkbox"/> | Нет | <input type="checkbox"/> | Не применимо |

22. Ответьте, пожалуйста, на несколько вопросов о том, как вы контролируете свое состояние здоровья

Нужна ли вам помощь в приеме лекарств?

- Да Нет Не применимо

Нужна ли вам помощь в заполнении медицинских форм?

- Да Нет Не применимо

Нужна ли вам помощь, чтобы отвечать на вопросы врача на приеме?

- Да Нет Не применимо

23. Какие из следующих вариантов наилучшим образом описывают то, как вы удовлетворяете ваши медицинские потребности? (отметьте все применимые к вам варианты)

- Иногда я забываю, что мне нужно делать для поддержания своего здоровья
- Я не могу позволить себе все необходимое для ухода за собой
- Мне иногда сложно читать или понимать инструкции по применению
- Иногда я не понимаю, что именно мне нужно делать для поддержания своего здоровья
- Я думаю, что необязательно все время делать то, что говорят врачи
- Я не понимаю свои медицинские потребности
- Я уверена(-а), что знаю, как заботиться о своем здоровье

24. Есть ли у вас родственники или другие люди, которые хотят и могут при необходимости помогать вам? Да Нет Не применимо

25. Думаете ли вы иногда, что ухаживающему за вами человеку приходится трудно? Да Нет Не применимо

26. Вы боитесь кого-то или кто-то причиняет вам вред?

- Да Нет Не применимо

27. Использует ли кто-нибудь ваши деньги без вашего согласия?
 Да Нет Не применимо

28. Замечаете ли вы изменения в том, как вы думаете, запоминаете и принимаете решения?
 Да Нет Не применимо

29. Вы падали в течение последнего месяца?

Да Нет Не применимо
Вы боитесь упасть? Да Нет Не применимо

30. Вам иногда не хватает денег на еду, аренду, оплату счетов и лекарства?
 Да Нет Не применимо

31. Как часто в течение последнего месяца (30 дней) вы чувствовали одиночество?
 Ни разу — я никогда не чувствую себя одиноко
 Менее 5 дней
 Более половины месяца (более 15 дней)
 Большую часть времени — мне всегда одиноко

32. Как бы вы охарактеризовали состояние своего здоровья в целом?
 Отличное Очень хорошее Хорошее Слабое
 Плохое

Подпись лица, заполняющего форму: _____

Дата подписания: _____

Если форму подписывает не член семьи: какое вы имеете отношение к участнику плана:

Родитель / опекун Другой представитель

Благодарим вас за заполнение формы.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО