



Partnership HealthPlan of California

Форма для оценки рисков для здоровья

для пожилых участников и участников с инвалидностью

Эта форма поможет плану Partnership HealthPlan of California оценить ваше текущее состояние здоровья и ваши потребности, а также установить способы помочь вам чувствовать себя лучше. Просим вас уделить несколько минут заполнению этой формы и отправить нам ее 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**.

Заполненную форму вложите в прилагаемый зеленый конверт.
Partnership HealthPlan of California
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

Заполнение данной формы является добровольным.

Вам не могут отказать в обслуживании на основании ваших ответов.

Фамилия, имя участника Partnership: _____

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

- Какой язык является для вас предпочтительным?
 Английский Испанский Русский Китайский (мандаринский)
 Тагальский Другой
- Каков был ваш пол при рождении?
 Мужской Женский Другой
- Как вы предпочитаете, чтобы к вам обращались?
 Он/ему/его Она/ей/ее Они/им/их Другое
- 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?
Если да, записаны ли вы на прием? Да Нет 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 Да Нет Не применимо

Подниматься по лестнице Да Нет Не применимо

Есть Да Нет Не применимо

Одеваться Да Нет Не применимо

Чистить зубы, расчесывать волосы, бриться Да Нет Не применимо

Готовить еду Да Нет Не применимо

Вставать с кровати или со стула Да Нет Не применимо

- Делать покупки и приносить домой продукты Да Нет Не применимо
- Пользоваться туалетом Да Нет Не применимо
- Своевременно посещать туалет без «происшествий» Да Нет Не применимо
- Ходить Да Нет Не применимо
- Мыть посуду или стирать одежду Да Нет Не применимо
- Выписывать чеки и контролировать финансы Да Нет Не применимо
- Ездить к врачу или к друзьям Да Нет Не применимо
- Выполнять работу дома или в саду Да Нет Не применимо
- Выходить из дома для встреч с родственниками или друзьями Да Нет Не применимо
- Пользоваться телефоном Да Нет Не применимо
- Соблюдать назначенное время приема Да Нет 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 Да Нет Не применимо
- Хорошее отопление Да Нет Не применимо
- Хорошее охлаждение воздуха Да Нет Не применимо
- Поручни для лестниц и спусков Да Нет Не применимо
- Горячая вода Да Нет Не применимо
- Туалет в помещении Да Нет Не применимо
- Запираемая дверь на улицу Да Нет Не применимо
- Лестница перед входом или лестница внутри дома Да Нет Не применимо
- Лифт Да Нет Не применимо
- Пространство для кресла-каталки Да Нет Не применимо
- Удобный путь к выходу из дома Да Нет 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