



METROPLUSHEALTH সদস্যের বার্ষিক স্বাস্থ্যের মূল্যায়নের ফর্ম | আমাদের বলুন আপনি কেমন আছেন।



অনুগ্রহ করে পুরোপুরি পূরণ করুন ও এখানে আমাদের কাছে ডাকযোগে পাঠিয়ে দিন:
MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

নাম, পদবি: _____ মেম্বার আইডি#: _____

চিঠি পাঠানোর ঠিকানা: _____

ফোন: _____ জন্মতারিখ: _____ উচ্চতা: _____ ফুট _____ ইঞ্চি ওজন: _____ পাউন্ড

পছন্দের ভাষা: ইংরেজি স্প্যানিশ চীনা ফ্রেংগল উর্দু বাংলা অন্যান্য: _____

জাতি: শ্বেতাঙ্গ আমেরিকান-ইন্ডিয়ান আলাস্কা নেটিভ এশিয়ান কৃষ্ণাঙ্গ/আফ্রিকান আমেরিকান

নেটিভ হাওয়াইয়ান/প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী দুই বা ততোধিক জাতি অন্যান্য: _____ জবার দিতে চাই না

জাতিসত্তা: হিস্পানিক বা লাতিনো নন-হিস্পানিক বা লাতিনো উত্তর দিতে ইচ্ছুক নই

সাধারণভাবে, আপনি কি বলবেন যে আপনার স্বাস্থ্য: চমৎকার ভালো মোটামুটি খারাপ

আপনি কি চান যে আমরা আপনাকে কোনো জরুরি স্বাস্থ্য সমস্যায় সাহায্য করতে ফোন করি? হ্যাঁ না

আপনি কি নিয়মিত কোনো চিকিৎসককে দেখান? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে আপনার ডাক্তার কি আপনাকে কিছু ব্যায়াম বা শারীরিক কার্যকলাপ শুরু, বৃদ্ধি বা বজায় রাখার পরামর্শ দিয়েছেন? (উদাহরণস্বরূপ, সিঁড়ি ব্যবহার করা, প্রতিদিন 10 থে

হ্যাঁ না

আপনার কী নিম্নলিখিতের মধ্যে কোনোটি আছে? ডায়াবিটিস হার্টের সমস্যা উচ্চ রক্তচাপ ক্যান্সার

শ্বাসকষ্ট (হাঁপানি বা COPD) স্মৃতির সমস্যা শোনার সমস্যা দৃষ্টির সমস্যা

মানসিক/আবেগজনিত সমস্যা প্রস্রাবের সমস্যা এইচআইভি মাদক বা মদ সমস্যা

অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা:

আপনি একদিনে কতরকমের ওষুধ নিয়ে থাকেন? একটিও না 1-3 4-7 8 বা তার বেশি

প্রাথমিক কার্যকলাপের (যেমন, জামাকাপড় পরতে, স্নান করতে, খাবার খেতে, চেয়ারে বসতে/উঠতে) জন্য আপনার কি সাহায্যের প্রয়োজন হয়? আমি সাহায্য ছাড়াই করতে পারি আমি সাহায্য চাই এবং আমার প্রয়োজনীয় সাহায্য পাই

আমি সাহায্য চাই এবং আমার প্রয়োজনীয় সাহায্য পাই না

আপনার কি গোছগাছ করতে, ওষুধ নিতে, কেনাকাটা করতে, টাকাপয়সা ব্যবস্থাপনায়, খাবার তৈরি বা যাতায়াতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়? আমি সাহায্য ছাড়াই করতে পারি

আমি সাহায্য চাই এবং আমার প্রয়োজনীয় সাহায্য পাই আমার সাহায্যের প্রয়োজন হয় এবং আমি প্রয়োজন মতো সাহায্য পাই না
গত 6 মাসে, আপনাকে কি কখনও স্বাস্থ্যসেবা ছাড়া থাকতে হয়েছে কারণ আপনার সেখানে যাওয়ার উপায় নেই?

হ্যাঁ না

আপনি কি গত 6 মাসের মধ্যে কখনো পড়ে গেছেন? হ্যাঁ না

আপনার জীবনে কি অন্য কেউ আপনাকে আঘাত করেছেন, হুমকি দিয়েছেন, ভয় দেখিয়েছেন বা আপনাকে নিরাপত্তাহীন বোধ করিয়েছেন?

হ্যাঁ না জবাব দিতে চাই না

আপনি কি নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনোটি ব্যবহার করেন?

ছড়ি ওয়াকার হুইলচেয়ার হাসপাতালের বিছানা অক্সিজেন প্রতিরক্ষামূলক ব্রিফ/প্যাড (প্রাপ্তবয়স্কদের ডায়পার)

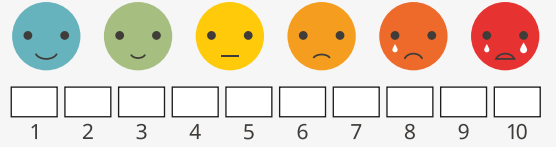
অন্যান্য _____

আপনার কি বারবার বা নিরবচ্ছিন্ন যন্ত্রণা রয়েছে?

হ্যাঁ না হ্যাঁ হলে, শুরুর তারিখ: _____

হ্যাঁ হলে, কোথায় যন্ত্রণা হচ্ছে? _____

হ্যাঁ হলে, এখানে আপনার যন্ত্রণার মাত্রা চিহ্নিত করুন:



আপনার বসবাসের অবস্থা কেমন?

আমার বসবাসের একটি সুস্থিত জায়গা রয়েছে আজ আমার বসবাসের একটি জায়গা রয়েছে, তবে আমি ভবিষ্যতে তা হারানোর ব্যাপারে উদ্বিগ্ন আমার বসবাসের কোনও সুস্থিত জায়গা নেই (সাময়িকভাবে অন্যদের সঙ্গে রয়েছেন, কোনও হোটেল, আশ্রয়, বাইরে রাস্তায়, কোনও বীচে, কোনও পরিচর্যায়, পরিত্যক্ত ইमारতে, বাস বা ট্রেন স্টেশনে, পার্কে, অন্য কোনও জায়গায়)

আপনি কি উদ্বিগ্ন যে আপনি যে জায়গায় বাস করছেন তা আপনাকে অসুস্থ করে তুলছে? (অর্থাৎ ছত্রাক, ছারপোকা/তীক্ষ্ণদন্ত প্রাণী, জল/পানি লিক হওয়া, যথেষ্ট হ্যাঁ না অন্যান্য: _____

আপনি কি বর্তমানে সরকারি সহায়তা পান (Food Stamps, Meals on Wheels, HEAP, EPIC, সরকারি বা নগদ সহায়তা, ইত্যাদি)? হ্যাঁ না আমি জানি না

গতবছরে আপনি কি উদ্বিগ্ন ছিলেন যে আপনার আরও খাবার কেনার মতো অর্থ প্রাপ্তির আগেই খাবার শেষ হয়ে যাবে?

হ্যাঁ না জবাব দিতে চাই না

গতবছরে বিদ্যুৎ, গ্যাস, তেল বা জলের কোম্পানি কি আপনার বাড়িতে পরিষেবা বন্ধ করার হুমকি দিয়েছিল?

হ্যাঁ না আমি জানি না

আপনি কি সিগারেট, ভেপ (ই-সিগারেট) দিয়ে ধূমপান করেন বা তামাক ব্যবহার করেন? বর্তমান আগে কখনোই নয়

আপনি কি এবছর ইনফ্লুয়েঞ্জা ভ্যাকসিন(ফ্লু শট) নিয়েছেন? হ্যাঁ না আমি জানি না

অনুগ্রহ করে আপনার ওষুধপত্রের তালিকা দিন (প্রযোজ্য হলে একটি অতিরিক্ত পাতায় অতিরিক্ত ওষুধপত্রের তালিকা দিন):

ওষুধের নাম: _____	ডোজ: _____	পুনরাবৃত্তির হার: _____
ওষুধের নাম: _____	ডোজ: _____	পুনরাবৃত্তির হার: _____
ওষুধের নাম: _____	ডোজ: _____	পুনরাবৃত্তির হার: _____
ওষুধের নাম: _____	ডোজ: _____	পুনরাবৃত্তির হার: _____

ওষুধপত্রের তালিকা দিন (প্রযোজ্য হলে একটি অতিরিক্ত পাতায় অতিরিক্ত ওষুধপত্রের তালিকা দিন):

ওষুধের নাম: _____ ডোজ: _____ পুনরাবৃত্তির হার: _____
ওষুধের নাম: _____ ডোজ: _____ পুনরাবৃত্তির হার: _____
ওষুধের নাম: _____ ডোজ: _____ পুনরাবৃত্তির হার: _____
ওষুধের নাম: _____ ডোজ: _____ পুনরাবৃত্তির হার: _____



দুই সপ্তাহের ওপরে, আপনি কতবার কিছু করার সামান্য আগ্রহ বা চাপ অনুভব করেছেন?

- একেবারেই নয় কিছু দিন
 অর্ধেকেরও বেশি দিনে প্রায় প্রত্যেকদিনই

গত 2 সপ্তাহের মধ্যে, আপনি কতবার বিপর্যস্ত, অবসাদগ্রস্ত বা নিরাশ বোধ

- একেবারেই নয় কিছু দিন
 অর্ধেকেরও বেশি দিনে প্রায় প্রত্যেকদিনই

কেবলমাত্র 50 বছর ও তার কম বয়সের মহিলারা: আপনি কি গর্ভবতী? হ্যাঁ না আমি জানি না
কেবলমাত্র 50-74 বছর বয়সী মহিলারা: গত বছর বা এই বছর আপনি কী মেমোগ্রাম (ব্রেস্ট ক্যান্সার পরীক্ষা করার জন্য) করিয়েছেন? হ্যাঁ না আমি জানি না

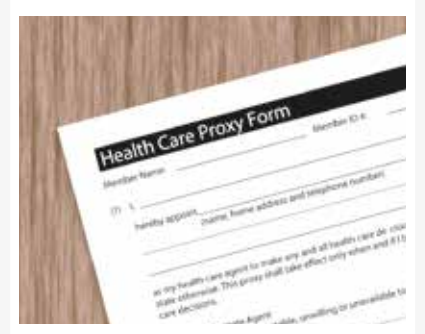
কেবলমাত্র সেই 50-75 বছর বয়সীরা: কোলন ক্যান্সার পরীক্ষা করার জন্য আপনি কী নিম্নলিখিত পরীক্ষাগুলো করিয়ে ছিলেন?

- কোলোনোস্কোপি (গত 10 বছরের মধ্যে) সিগময়েডোস্কোপি (গত 5 বছরের মধ্যে)
 মলে রক্তের উপস্থিতি পরীক্ষা (গত এক বছরের মধ্যে)

আপনার কী নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনটি আছে?

- আগাম নির্দেশনা (Advance Directive) / জীবদ্দশার উইল (Living Will)
(একটি নথি যাতে বলা থাকে যে আপনি নিজের হয়ে কথা বলতে না পারলে
আপনি কী ধরণের চিকিৎসা পেতে চান)
 স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রক্সি (Health Care Proxy) (আপনি সক্ষম না হলে আপনার হয়ে
স্বাস্থ্য পরিচর্যার সিদ্ধান্ত যিনি নেবেন)
 না, কিন্তু উন্নত পরিচর্যা পরিকল্পনা নিয়ে আমার সাথে আলোচনা করা হয়েছিল
 না, এবং উন্নত পরিচর্যা পরিকল্পনা নিয়ে আমার সাথে আলোচনা করা হয়নি
 না, কিন্তু আমি আরও জানতে আগ্রহী: হ্যাঁ* না

* আমরা আপনাকে আগাম নির্দেশনা ও স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রক্সির ফর্ম পাঠিয়ে দেব।



অনুগ্রহ করে পুরোপুরি পূরণ করুন ও এখানে আমাদের কাছে ডাকযোগে পাঠিয়ে দিন:
MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004