



**АНКЕТА ОЦЕНКИ  
СОСТОЯНИЯ  
ЗДОРОВЬЯ  
УЧАСТНИКА  
METROPLUS |  
СООБЩИТЕ  
НАМ О СВОЕМ  
СОСТОЯНИИ.**



**ПРОСИМ ВАС ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНИТЬ НАСТОЯЩУЮ АНКЕТУ  
И ОТПРАВИТЬ ЕЕ НАМ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ:**

**MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004**

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Идентификационный номер участника: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_ фт. \_\_\_\_\_ дм. Вес: \_\_\_\_\_ фт.

Предпочитаемый язык:  Англ.  Испанский  Китайский  Креольский  Урду  Бенгальский  
 Другое: \_\_\_\_\_

Расовая принадлежность:  Белый  Индеец  Житель Аляски  Азиат  
 Чернокожий / афроамериканец  Гаваец / представитель коренных народов островов Тихого океана  
 Две расы и более  Другое: \_\_\_\_\_  Предпочитаю не отвечать

Этническая принадлежность:  Испаноязычный или латиноамериканец  
 Не испаноязычный, не латиноамериканец  Предпочитаю не отвечать

В целом как бы вы оценили состояние своего здоровья?  Отличное  Хорошее  
 Неплохое  Плохое

Желаете ли вы, чтобы мы позвонили вам с целью оказания помощи в связи с вашей проблемой со здоровьем?  Да  Нет

Есть ли у вас постоянный врач?  Да  Нет

Если «да», советовал ли вам ваш врач начать, увеличить или поддерживать определенный уровень физических упражнений или физической активности? (Например, начать подниматься по лестнице, увеличить продолжительность ходьбы с 10 до 20 минут каждый день или поддерживать текущую программу упражнений)?  Да  Нет

Имеется ли у вас следующее?  Диабет  Проблемы с сердцем  Повышенное давление  Рак  
 Проблемы с дыхательной системой (астма, хроническая обструктивная болезнь легких)  
 Проблемы с памятью  Проблемы со слухом  Проблемы со зрением  
 Проблемы психическим/эмоциональным здоровьем  Недержание мочи  
 ВИЧ  Проблемы, связанные с употреблением алкоголя или наркотических веществ  
 Другие проблемы со здоровьем: \_\_\_\_\_

Сколько разных лекарств вы принимаете в течение дня?  Ничего не принимаю  1-3  
 4-7  8 или более

Требуется ли вам помощь при выполнении простых повседневных действий (когда необходимо одеться, принять ванну, принять пищу, сесть на стул, встать со стула и т. п)?  Не требуется помощь  
 Мне необходима помощь, помощь получаю  Мне необходима помощь, помощь не получаю

Требуется ли вам помощь, связанная с ведением домашнего хозяйства, принятием лекарств, совершением покупок, распоряжением денежными средствами, приготовлением пищи или транспортом?

- Я могу это сделать самостоятельно  
 Требуется помощь, помощь получаю  Требуется помощь, помощь не получаю

За последние 6 месяцев приходилось ли вам когда-либо обходиться без медицинской помощи, потому что у вас не было возможности добраться до места ее получения?  Да  Нет

Пали ли вы в течение последних 6 месяцев?  Да  Нет

Кто-нибудь в вашей жизни причиняет вам боль, угрожает, пугает вас или заставляет вас испытывать чувство опасности?

- Да  Нет  Предпочитаю не отвечать

Пользуетесь ли вы следующим:

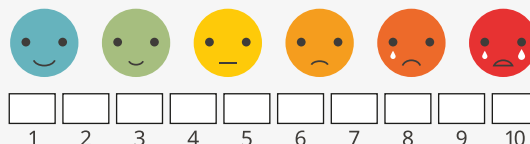
- Трость  Ходунки  Инвалидная коляска  Медицинская кровать  
 Мед. кислород  Подгузники-трусы/прокладки (подгузники для взрослых)  
 Другое \_\_\_\_\_

Страдаете ли вы периодическими или постоянными болями?

- Да  Нет Если да, то с какого времени (указать дату): \_\_\_\_\_

Если да, то в какой области? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Если да, отметьте уровень боли на данной шкале:



Каковы ваши жилищные условия?

- В настоящее время жилье есть  В настоящее время жилье есть, но опасаясь потерять его в будущем  У меня нет жилья (временно проживаю у родственников, знакомых и т. п., в гостинице, приюте, на улице, пляже, в автомобиле, в покинутом здании, на автобусном, железнодорожном вокзале, в парке и т. п.)

Вызывает ли у вас беспокойство санитарное состояние помещения (места), в котором вы проживаете (плесень, насекомые/грызуны, течь, недостаточное отопление и т. п.)?  Да  Нет

Другое: \_\_\_\_\_

Получаете ли вы в настоящее время социальную помощь (Food Stamps, Meals on Wheels, HEAP, EPC, денежную помощь, и т. п.)?  Да  Нет  Не знаю

Когда-либо на протяжении последнего года опасались ли вы того, что ваши запасы пищевых продуктов истощатся до получения вами денежных средств для их пополнения?

- Да  Нет  Предпочитаю не отвечать

На протяжении последнего года получали ли вы от компании — поставщика коммунальных услуг (электричество, газ, топливо, вода) предупреждение о возможном прекращении предоставления вам таких услуг?

- Да  Нет  Не знаю

Курите (курили) ли вы сигареты, в том числе электронные, употребляете (употребляли) ли вы другие табачные изделия?  Сейчас  Раньше  Никогда

Проходили ли вы в текущем году вакцинацию против гриппа (прививка от гриппа)?  Да  Нет  Не знаю

Перечислите принимаемые медикаменты (при необходимости приложите дополнительный лист):

Наименование медикамента: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_ Частота: \_\_\_\_\_  
Наименование медикамента: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_ Частота: \_\_\_\_\_  
Наименование медикамента: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_ Частота: \_\_\_\_\_  
Наименование медикамента: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_ Частота: \_\_\_\_\_

**Список медикаментов** (продолжение – при необходимости приложите дополнительный лист):

Наименование медикамента: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_ Частота: \_\_\_\_\_  
Наименование медикамента: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_ Частота: \_\_\_\_\_  
Наименование медикамента: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_ Частота: \_\_\_\_\_  
Наименование медикамента: \_\_\_\_\_ Доза: \_\_\_\_\_ Частота: \_\_\_\_\_



Как часто на протяжении последних 2 недель вы теряли интерес ко всякой деятельности или не получали удовольствие от деятельности?

- Никогда  Несколько дней  
 Больше половины этих дней  Почти каждый день

Как часто на протяжении последних 2 недель вы пребывали в подавленном состоянии, ощущали чувство уныния, безнадежности?

- Никогда  Несколько дней  
 Больше половины этих дней  Почти каждый день

**ТОЛЬКО ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 50 ЛЕТ:** Вы беременны?  Да  Нет  Я не знаю

**ТОЛЬКО ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 50 ДО 74 ЛЕТ:** Проходили ли вы маммографию (проверку на рак груди) в текущем или в прошлом году?  Да  Нет  Я не знаю

**ТОЛЬКО ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 50 ДО 75 ЛЕТ:** Проходили ли вы следующие обследования, позволяющие обнаружить рак толстой кишки?

- колоноскопия (в течение последних 10 лет)  сигмоидоскопия (в течение последних 5 лет)  
 анализ кала на наличие крови (в течение последних двенадцати месяцев)

Имеется ли у вас следующее?

- предварительное распоряжение / волеизъявление (документ, содержащий ваши пожелания в отношении лечения на случай утраты вами способности выражать свою волю)  
 медицинская доверенность (документ, наделяющий определенное лицо правом на принятие решений, касающихся предоставления вам медицинского обслуживания, в случаях, когда ваше состояние не позволяет вам этого сделать)  
 нет, но вопросы, связанные с заблаговременным планированием медицинского обслуживания, со мной обсуждались  
 нет, и вопросы, связанные с заблаговременным планированием медицинского обслуживания, со мной не обсуждались  
 нет, но я бы хотел (-а) получить дополнительную информацию:  
 Да\*  Нет

\* Мы вышлем вам бланк предварительного распоряжения и медицинской доверенности.



**ПРОСИМ ВАС ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНИТЬ НАСТОЯЩУЮ АНКЕТУ И ОТПРАВИТЬ ЕЕ НАМ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ:**

**MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004**