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

প্রথম নাম, পদবি: ______________________ **সদস্য আইডি#:** ______________________

ডাক ঠিকানা: ____

ফোন: ______________________ জন্ম তারিখ: __________ জন্মতারিখ: _____ফিট. _____ ইঞ্চি. উচ্চতা: _____পাউন্ড।

পছন্দের ভাষা: ❑ ইংরেজি ❑ স্প্যানিশ ❑ চীনা ❑ ক্রেওল ❑ উর্দু ❑ বাংলা ❑ অন্যান্য: ____________

জাতি: ❑ শ্বেতাঙ্গ আমেরিকান ইন্ডিয়ান ❑ আলাস্কান নেটিভ ❑ এশিয়ান ❑ কৃষ্ণাঙ্গ / আফ্রিকান আমেরিকান
❑ নেটিভ হাওয়াইয়ান / প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী ❑ দুই বা ততোধিক জাতি ❑ অন্যান্য: ____________ ❑ জবাব দিতে চাই না

জাতি: ❑ হিস্পানিক বা লাতিনো ❑ হিস্পানিক বা লাতিনো নয় ❑ জবাব দিতে চাই না

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

আপনি কি চান যে আমরা আপনাকে কোনো জরুরি স্বাস্থ্য সমস্যায় সাহায্য করতে ফোন করি? ❑ হ্যাঁ ❑ না ❑ জবাব দিতে চাই 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 থেকে 20 মিনিট হাঁটুন বা আপনার বর্তমান ব্যায়াম বজায় রাখতে)? ❑ হ্যাঁ ❑ না

আপনার কী নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনটি আছে? ❑ ডায়াবেটিস ❑ হৃৎপিন্ডের সমস্যা ❑ উচ্চ রক্তচাপ ❑ ক্যান্সার
❑ শ্বাসকষ্ট (হাঁপানি বা COPD) ❑ স্মৃতির সমস্যা ❑ শ্রবণের সমস্যা ❑ দৃষ্টিশক্তির সমস্যা
❑ মানসিক / অনুভূতিগত সমস্যা ❑ প্রস্রাবের সমস্যা ❑ এইচআইভি ❑ মাদক বা মদ সংক্রান্ত সমস্যা ❑ জবাব দিতে চাই না
❑ কোনোটিই নয় ❑ অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যা: ______________________________

আপনি একদিনে কতরকমের ওষুধ নিয়ে থাকেন**?** ❑ কোনোটিই নয় ❑ 1টি থেকে 3টি ❑ 4টি থেকে 7টি ❑ 8টি বা তার বেশি

প্রাথমিক কার্যকলাপের জন্য আপনার কি সাহায্যের প্রয়োজন হয় (যেমন, জামাকাপড় পরতে, স্নান করতে, খাবার খেতে, চেয়ারে বসতে/উঠতে)? ❑ আমি এগুলি সাহায্য ছাড়া করতে সক্ষম ❑ আমার সাহায্যের প্রয়োজন হয় এবং আমি প্রয়োজনমতো সাহায্য পাই
❑ আমার সাহায্যের প্রয়োজন হয় এবং আমি প্রয়োজনমতো সাহায্য পাই না

আপনার কি গোছগাছ করতে, ওষুধ নিতে, কেনাকাটা করতে, টাকাপয়সা ব্যবস্থাপনায় বা যাতায়াতে সাহায্যের প্রয়োজন হয়?

❑ আমি এগুলি সাহায্য ছাড়া করতে সক্ষম ❑ আমার সাহায্যের প্রয়োজন হয় এবং আমি প্রয়োজনমতো সাহায্য পাই

❑ আমার সাহায্যের প্রয়োজন হয় এবং আমি প্রয়োজনমতো সাহায্য পাই না

গত 6 মাসে, আপনাকে কি কখনও স্বাস্থ্যসেবা ছাড়া থাকতে হয়েছে কারণ আপনার সেখানে যাওয়ার উপায় নেই?

❑ হ্যাঁ ❑ না ❑ জবাব দিতে চাই 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 ❑ উত্তর দিতে স্বচ্ছন্দ নই

আপনি কি নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনোটি ব্যবহার করেন?

❑ ছড়ি ❑ ওয়াকার ❑ হুইলচেয়ার ❑ হাসপাতালের বিছানা ❑ অক্সিজেন ❑ সুরক্ষামূলক অন্তর্বাস / প্যাড (প্রাপ্তবয়স্কদের ডায়াপার)

❑ অন্যান্য ______________________________

আপনার কি পৌনঃপুনিক বা নিরবচ্ছিন্ন যন্ত্রণা রয়েছে?

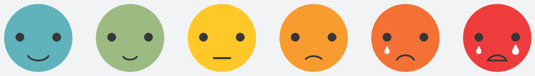
❑ হ্যাঁ ❑ না **হ্যাঁ হলে,** শুরুর তারিখ: ____________

হ্যাঁ হলে, যন্ত্রণাটি কোথায় হচ্ছে? ____________________

____

____

হ্যাঁ হলে, এখানে আপনার যন্ত্রণার মাত্রা চিহ্নিত করুন:



❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑ 8 ❑ 9 ❑ 10

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 ইমারতে, 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 হিট না থাকা, অন্যান্য) ❑ 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 ❑ উত্তর দিতে স্বচ্ছন্দ নই

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 পৃষ্ঠায় অতিরিক্ত ওষুধপত্রের তালিকা দিন):

ওষুধের নাম: ____________________ **ডোজ:** __________ **পুনরাবৃত্তির হার:** __________

ওষুধের নাম: ____________________ **ডোজ:** __________ **পুনরাবৃত্তির হার:** __________

ওষুধের নাম: ____________________ **ডোজ:** __________ **পুনরাবৃত্তির হার:** __________

ওষুধের নাম: ____________________ **ডোজ:** __________ **পুনরাবৃত্তির হার:** __________

ওষুধের তালিকা (চলমান - প্রযোজ্য হলে অতিরিক্ত ওষুধের তালিকা তৈরি করুন):

ওষুধের নাম: ______________________ **ডোজ:** ______________ **পুনরাবৃত্তির হার:** ______________
ওষুধের নাম: ______________________ **ডোজ:** ______________ **পুনরাবৃত্তির হার:** ______________
ওষুধের নাম: ______________________ **ডোজ:** ______________ **পুনরাবৃত্তির হার:** ______________
ওষুধের নাম: ______________________ **ডোজ:** ______________ **পুনরাবৃত্তির হার:** ______________

গত 2 সপ্তাহের মধ্যে, আপনি কতবার কিছু করার সামান্য আগ্রহ বা আনন্দ অনুভব করেছেন?

❑ একেবারেই নয় ❑ বেশ কয়েক দিনে
❑ অর্ধেকেরও বেশি দিনে ❑ প্রায় প্রত্যেকদিনই
❑ জবাব দিতে চাই না

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

❑ একেবারেই নয় ❑ বেশ কয়েক দিনে
❑ অর্ধেকেরও বেশি দিনে ❑ প্রায় প্রত্যেকদিনই
❑ জবাব দিতে চাই না

কেবলমাত্র 50 বছর ও তার কম বয়সের মহিলারা: আপনি কী গর্ভবতী? ❑ হ্যাঁ ❑ না ❑ আমি জানি না

কেবলমাত্র 50-74 বছর বয়সী মহিলারা: আপনি কি এবছর বা গত বছর ম্যামোগ্রাম (ব্রেস্ট ক্যান্সার পরীক্ষা করার জন্য) করিয়েছেন? ❑ হ্যাঁ ❑ না ❑ আমি জানি না

কেবলমাত্র সেই 45-75 বছর বয়সীরা: কোলন ক্যান্সার পরীক্ষা করার জন্য আপনি কী নিম্নলিখিত পরীক্ষাগুলো করিয়ে ছিলেন?

❑ কোলোনোস্কোপি (গত 10 বছরের মধ্যে) ❑ সিগময়েডোস্কপি (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 নথিযাতে বলা থাকে যে আপনি নিজের হয়ে কথা বলতে না পারলে আপনি কী ধরণের চিকিৎসা পেতে চান)**

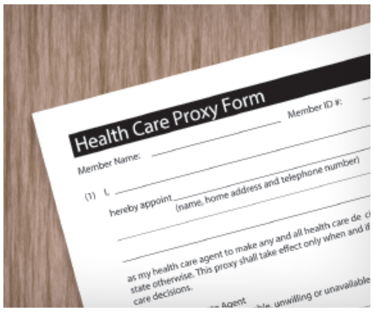
❑ **স্বাস্থ্য পরিচর্যার প্রক্সি (একজন যিনি আপনার জন্য হেল্থ কেয়ারের সিদ্ধান্ত তৈরী করবে,যদি আপনি তা করতে অক্ষম হন)**

❑ **স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রক্সি (Health Care Proxy) (একজন ব্যক্তি যিনি আপনি সক্ষম না হলে আপনার হয়ে স্বাস্থ্য পরিচর্যার সিদ্ধান্ত নেবেন)**

❑ **না, কিন্তু উন্নত পরিচর্যা পরিকল্পনা নিয়ে আমার সাথে আলোচনা করা হয়েছিল**

❑ **না, এবং উন্নত পরিচর্যা পরিকল্পনা নিয়ে আমার সাথে আলোচনা করা হয়নি:** ❑ **হ্যাঁ*** ❑ **না**

* না, কিন্তু আমি আরও জানতে আগ্রহী:



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

সম্পূর্ণ করার তারিখ: ________