



**ФОРМА ЕЖЕГОДНОЙ
ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ
ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКА
ПРОГРАММЫ
METROPLUSHEALTH |
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: _____
Почтовый адрес: _____
Номер телефона: _____ Дата рождения: _____ Рост: _____ фут. _____ дюйм. Вес: _____ фунт.

Предпочитаемый язык: ☐ Английский ☐ Испанский ☐ Китайский ☐ Креольский ☐ Урду
☐ Бенгальский ☐ Другое: _____

Расовая принадлежность: ☐ Белый индеец ☐ Представитель коренных народов 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 ☐ Предпочитаю не отвечать

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

Присутствуют ли у вас следующие заболевания и состояния? ☐ Диабет ☐ Проблемы с сердцем

- ☐ Повышенное артериальное давление ☐ Рак
☐ Проблемы с дыхательной системой (астма, хроническая обструктивная болезнь легких)
☐ Проблемы с памятью ☐ Проблемы со слухом ☐ Проблемы со зрением
☐ Проблемы с психическим/эмоциональным здоровьем ☐ Недержание мочи ☐ ВИЧ
☐ Проблемы, связанные с употреблением алкоголя или наркотических веществ ☐ Предпочитаю не отвечать
☐ Ничего ☐ Прочие проблемы со здоровьем: _____

Сколько разных лекарств вы принимаете в течение дня? ☐ Ничего не принимаю ☐ 1–3 ☐ 4–7 ☐ 8 и более

Требуется ли вам помощь при выполнении простых повседневных действий (когда необходимо одеться, принять ванну, принять пищу, пройтись, воспользоваться туалетом, сесть на стул, встать со стула и т. п.)? ☐ Не требуется помощь

☐ Требуется помощь, помощь получаю ☐ Мне требуется помощь, помощи не получаю

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

☐ Требуется помощь, помощь получаю ☐ Мне требуется помощь, помощи 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 ☐ Предпочитаю не отвечать

Падали 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 ☐ Кислород

☐ Подгузники-трусы/прокладки (подгузники для взрослых)

☐ Другое _____

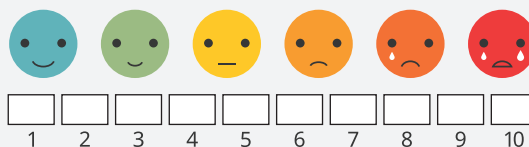
Страдаете ли вы периодическими или постоянными болями?

☐ 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?

☐ У меня есть жилье ☐ 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, EPIC, 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? ☐ Да, в настоящее время ☐ Да, в прошлом ☐ 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: _____

Периодичность приема: _____

Наименование медикамента: _____

Доза: _____

Периодичность приема: _____

Наименование медикамента: _____

Доза: _____

Периодичность приема: _____

Наименование медикамента: _____

Доза: _____

Периодичность приема: _____

Список медикаментов (продолжение — при необходимости приложите дополнительный лист):

Наименование медикамента: _____ Доза: _____ Периодичность приема: _____
Наименование медикамента: _____ Доза: _____ Периодичность приема: _____
Наименование медикамента: _____ Доза: _____ Периодичность приема: _____
Наименование медикамента: _____ Доза: _____ Периодичность приема: _____



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

- ☐ Никогда ☐ Изредка
☐ Через день и чаще ☐ Почти каждый день
☐ Предпочитаю не отвечать

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

- ☐ Никогда ☐ Изредка
☐ Через день и чаще ☐ Почти каждый день
☐ Предпочитаю не отвечать

ТОЛЬКО ЖЕНЩИНАМ В ВОЗРАСТЕ ДО 50 ЛЕТ: вы беременны? ☐ Да ☐ Нет ☐ 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 ☐ Не знаю

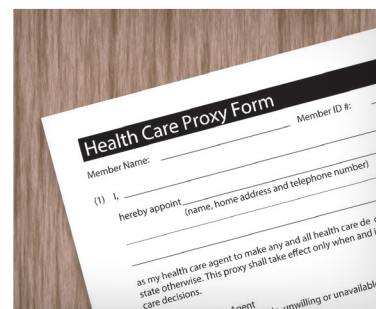
ТОЛЬКО ЛИЦАМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 45 ДО 75 ЛЕТ: проходили ли вы следующие обследования, позволяющие обнаружить рак толстой кишки?

- ☐ 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