

## ĐÁNH GIÁ RỦI RO SỨC KHỎE

Tên Thành Viên:	Tên Đệm:	Họ Thành Viên:	Ngày Sinh:
			Ngày Hiệu Lực Đăng Ký:
Địa Chỉ:			Số Hội Viên
Điện Thoại:			Số Kế Hoạch:

### Thành viên thân mến:

Bản đánh giá rủi ro sức khỏe là một khảo sát ngắn giúp Astiva biết thêm về tình trạng sức khỏe của quý vị. Thông tin quý vị cung cấp sẽ được sử dụng để phát triển một Kế hoạch Chăm sóc Cá nhân (ICP). Câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến các quyền lợi của quý vị và chỉ được chia sẻ với bác sĩ chăm sóc chính của quý vị. Chúng tôi đánh giá cao việc quý vị dành thời gian để trả lời các câu hỏi này một cách chân thành, để chúng tôi có thể đáp ứng tốt hơn nhu cầu của quý vị. Vui lòng gửi lại mẫu đơn này cho chúng tôi bằng phong bì đính kèm. Chúng tôi trân trọng sự tin tưởng của quý vị và luôn thực hiện mọi biện pháp để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị.

Quyền của cá nhân	
I. Quý vị có đồng ý tham gia hoàn thành khảo sát sức khỏe này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
a. Quý vị có đồng ý để y tá Astiva liên lạc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> ĐỪNG GỌI	
Khảo sát sức khỏe tổng quát	
2. Quý vị có thăm khám với bác sĩ gia đình trong vòng 12 tháng qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
3. So với những người cùng tuổi, quý vị mô tả tình trạng sức khỏe của mình như thế nào? <input type="checkbox"/> Xuất sắc <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Khá <input type="checkbox"/> Kém	4. Trong năm qua, quý vị đã nhập viện hoặc vào phòng cấp cứu bao nhiêu lần? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥ 3
5. Quý vị có sử dụng bất kỳ thiết bị y tế/ dụng cụ y tế nào không? (Chọn tất cả những gì áp dụng cho quý vị) <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Gậy <input type="checkbox"/> Khung tập đi <input type="checkbox"/> Xe lăn <input type="checkbox"/> Xe điện <input type="checkbox"/> Oxygen <input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP <input type="checkbox"/> Giường bệnh	
6. Quý vị hiện đang mắc những bệnh lý nào? (đánh dấu tất cả những gì áp dụng)?	
a. <input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường hoặc đường huyết cao	e. <input type="checkbox"/> Suy dinh dưỡng/giảm cân ngoài ý muốn
b. <input type="checkbox"/> Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen suyễn, hoặc các bệnh phổi/đường hô hấp khác	f. <input type="checkbox"/> Suy tim
c. <input type="checkbox"/> Bệnh thận hoặc suy thận	g. <input type="checkbox"/> Các bệnh tim khác
d. <input type="checkbox"/> Huyết áp cao	h. <input type="checkbox"/> Ung thư đang điều trị
	i. <input type="checkbox"/> Tiền sử đột quỵ
	j. <input type="checkbox"/> Béo phì nghiêm trọng
	k. <input type="checkbox"/> Cao mỡ
	l. <input type="checkbox"/> Tình trạng sức khỏe hành vi
	m. <input type="checkbox"/> Bệnh Alzheimer/ mất trí nhớ
	n. <input type="checkbox"/> Bệnh Parkinson
	o. <input type="checkbox"/> Bệnh khác _____
	p. <input type="checkbox"/> Không có

7. Quý vị có kế hoạch tiền chi thị nguyện vọng chăm sóc y tế vào cuối đời? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không chắc chắn					
8. Quý vị có thường xuyên trải qua cơn đau nghiêm trọng, ví dụ như $\geq 8$ trên thang điểm 10 về cường độ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		a. Nếu Có, quý vị quản lý cơn đau của mình như thế nào? (chọn tất cả những gì áp dụng) <input type="checkbox"/> Thuốc theo toa <input type="checkbox"/> Thuốc không kê đơn <input type="checkbox"/> Tập thể dục <input type="checkbox"/> Vật lý trị liệu <input type="checkbox"/> Liệu pháp thay thế <input type="checkbox"/> Nghỉ ngơi <input type="checkbox"/> Không điều trị <input type="checkbox"/> Khác _____			
9. Có điều gì ngăn cản quý vị dùng thuốc theo đúng chỉ định không? (chọn lý do chính)? <input type="checkbox"/> Lịch trình dùng thuốc phức tạp <input type="checkbox"/> Lấy thuốc <input type="checkbox"/> Quên uống thuốc <input type="checkbox"/> Chi phí <input type="checkbox"/> Tôi không tin vào việc dùng thuốc <input type="checkbox"/> Không, tôi dùng thuốc theo chỉ định <input type="checkbox"/> Tác dụng phụ <input type="checkbox"/> Không chắc chắn cách dùng thuốc <input type="checkbox"/> Tôi không dùng bất kỳ loại thuốc nào <input type="checkbox"/> Vấn đề về thị lực <input type="checkbox"/> Khó khăn trong việc lấy toa thuốc <input type="checkbox"/> Lý do khác _____					
<b>Sức khỏe tinh thần cảm xúc</b>					
10. Trong tháng qua, quý vị đã gặp phiền muộn bởi các vấn đề sau bao nhiêu lần:		Hoàn toàn không	Vài ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
a. Ít hứng thú hoặc niềm vui khi làm việc gì đó		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cảm thấy buồn bã, trầm cảm, hoặc tuyệt vọng		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Đánh giá chức năng</b>					
11. Quý vị cần giúp đỡ cho các công việc này bao lâu một lần?		Tôi không thể làm những việc này	Vâng tôi cần sự trợ giúp để làm những việc này	Không, tôi có thể tự làm việc này 1 mình	12. Trong 12 tháng qua, quý vị đã bị ngã bao nhiêu lần? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> $\geq 3$
a. Sử dụng nhà vệ sinh		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Trong 30 ngày qua, quý vị đã tập thể dục ít nhất 30 phút bao nhiêu lần mỗi tuần? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> $\geq 5$
b. Ăn uống		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Đi bộ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Tắm rửa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Mặc quần áo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Lịch sử sức khỏe xã hội</b>					
14. Trong 12 tháng qua, quý vị có lo lắng rằng thực phẩm của mình sẽ hết trước khi quý vị có tiền để mua thêm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		15. Trong 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện di chuyển có khiến quý vị không thể đi đến các cuộc hẹn y tế, lấy thuốc, các cuộc gặp gỡ không liên quan đến y tế, cuộc hẹn, công việc hoặc lấy những thứ quý vị cần không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
16. Quý vị có lo lắng về việc mất chỗ ở không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		19. Trong 12 tháng qua, quý vị đã từng uống hơn 4-5 ly rượu hoặc bia trong một ngày? <input type="checkbox"/> Không bao giờ <input type="checkbox"/> Một tháng 1 lần <input type="checkbox"/> 1 tuần 1 lần <input type="checkbox"/> Hàng ngày			
17. Mô tả nào phù hợp nhất với tình hình sống hiện tại của quý vị? <input type="checkbox"/> Sống 1 mình <input type="checkbox"/> Sống với gia đình hoặc người quan trọng khác <input type="checkbox"/> Sống với người khác, không phải gia đình <input type="checkbox"/> Sống với người chăm sóc <input type="checkbox"/> Sống trong cơ sở hỗ trợ hoặc cơ sở điều dưỡng <input type="checkbox"/> Không có chỗ ở ổn định					
18. Quý vị có sợ ai đó hoặc có ai đó đang làm hại quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Từ chối trả lời		Chữ ký của thành viên:  Ngày			

Tên thành viên (Tên Đệm Họ)

ID thành viên: