

Оценка усилий по сохранению здоровья

(Staying Healthy Assessment)

Пожилой пациент (Senior)

Имя и фамилия пациента	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Мужчина	Сегодняшняя дата
Имя заполняющего анкету (в случае если пациент нуждается в помощи)	<input type="checkbox"/> Член семьи <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Иное (укажите):	Нужна ли Вам помощь при заполнении анкеты? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

По мере возможности дайте ответы на все вопросы анкеты. Если Вы не знаете ответ или не желаете отвечать на вопрос, обведите кружком слово «Пропустить». При появлении вопросов по поводу каких-либо пунктов данной анкеты обязательно обратитесь к своему врачу. Ваши ответы конфиденциальны и являются частью Вашей медицинской карты.

Нужен ли Вам переводчик?
 Да Нет

Clinic Use Only:

				Nutrition
1	Входят ли в Ваш ежедневный рацион питания 3 порции пищевых продуктов или напитков, богатых кальцием, например, молока, сыра, йогурта, соевого молока или соевого творога тофу? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>
2	Входят ли в Ваш ежедневный рацион питания овощи и фрукты? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>
3	Ограничиваете ли Вы количество потребляемой вами жареной пищи и продуктов быстрого приготовления (фастфуда)? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>
4	Можете ли Вы без затруднений приобрести или получить продукты здорового питания в достаточном количестве? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>
5	Потребляете ли Вы почти ежедневно (не реже 4—5 дней в неделю) газированные, сокосодержащие, спортивные или энергетические напитки? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>
6	Часто ли случается, что Вы потребляете слишком мало или слишком много пищи? <i>Often eats too much or too little food?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>
7	Испытываете ли Вы затруднения при жевании и глотании? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>

8	Беспокоит ли Вас то, сколько Вы весите? <i>Concerned about weight?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
9	Занимаетесь ли Вы спортом или другими видами физической активности, например, ходьбой, садоводством, плаванием, не менее 30 минут в день? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Physical Activity
10	Ощущаете ли вы себя в безопасности в собственном доме? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Safety
11	Часто ли Вы испытываете затруднения с соблюдением режима принятия лекарств? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
12	Беспокоит ли Ваших родственников и друзей то, как Вы водите машину? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
13	Попадали ли Вы в недавнем прошлом в автомобильные аварии? <i>Had any car accidents lately?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
14	Подвержены ли Вы падениям и ушибам; сложно ли Вам вставать, если вы упали? <i>Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
15	Подвергались ли Вы за последний год физическому насилию, например ударам по телу или лицу или ударам ногами? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
16	Находится ли в месте Вашего проживания огнестрельное оружие? <i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
17	Проводите ли Вы ежедневную чистку зубов щеткой и зубной нитью? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Dental Health
18	Часто ли Вы испытываете чувство тоски, безнадежности, гнева или тревоги? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Mental Health
19	Часто ли Вы испытываете проблемы со сном? <i>Often has trouble sleeping?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

20	Считаете ли Вы, что стали забывчивы, замечают ли окружающие, что Вы стали забывчивы? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Alcohol, Tobacco, Drug Use
21	Вы курите или жуете табак? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
22	Курят ли в Вашем доме или месте Вашего проживания члены семьи и друзья? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
23	Употребляли ли Вы в течение последнего года спиртные напитки в количестве 4 дозы или более за один день? <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
24	Используете ли Вы лекарства с целью улучшения сна, расслабления, успокоения, общего улучшения самочувствия или снижения веса? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
25	Есть ли у Вас подозрение, что Вы или Ваш партнер можете страдать инфекционным заболеванием, передающимся половым путем (ЗППП), таким как хламидиоз, гонорея, остроконечные кондиломы и т. д.? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Sexual Issues
26	За последний год состояли ли Вы или Ваш(и) партнер(ы) в половых отношениях с другими людьми? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
27	В течение этого года были ли случаи, когда Вы или Ваш(и) партнер(ы) совершали половой акт без презерватива? <i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
28	Были ли случаи, когда Вас принуждали к половому акту без Вашего согласия или желания? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	

29	<p>Есть ли у Вас доверенное лицо, способное оказать помощь в принятии решений, касающихся Вашего здоровья и медицинского обслуживания? <i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i></p>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Independent Living
30	<p>Нужна ли Вам помощь при принятии душа, принятии пищи, передвижении, одевании и пользовании туалетом? <i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i></p>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
31	<p>Есть ли у Вас доверенное лицо, которому можно позвонить в случае, если Вам потребуется неотложная помощь? <i>Has someone to call when needs help in an emergency?</i></p>	Да <i>Yes</i>	Нет <i>No</i>	Пропустить <i>Skip</i>	
32	<p>Есть ли у Вас другие вопросы или опасения относительно своего здоровья? <i>Any other questions or concerns about your health?</i></p>	Нет <i>No</i>	Да <i>Yes</i>	Пропустить <i>Skip</i>	Other Questions

Если «да», укажите:

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: