

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA)

Cảm ơn quý vị đã tham gia Đánh giá nguy cơ sức khỏe (Health Risk Assessment, HRA). Thông tin chi tiết của quý vị sẽ giúp người quản lý hồ sơ chăm sóc sức khỏe MAPD của chúng tôi tùy chỉnh kế hoạch chăm sóc cho quý vị. Chúng tôi đảm bảo tính bảo mật và yêu cầu quý vị cung cấp thông tin chính xác nhất có thể.

Ngày hôm nay: _____

THÔNG TIN CÁ NHÂN:

1. Tên đầy đủ: _____

2. Số điện thoại phù hợp nhất: _____

3. Ngày sinh: _____

4. Giới tính: ☐ Nữ; ☐ Nam; ☐ Khác

5. ID Medicare: _____

6. ID Medicaid (Medi-CAL): _____

7. Ngôn ngữ ưa thích: ☐ Tiếng Anh; ☐ Tiếng Tây Ban Nha; ☐ Tiếng Việt;

☐ Tiếng Trung; ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Tagalog; ☐ Khác: _____

8. Chủng tộc hoặc dân tộc: đánh dấu tất cả những mục phù hợp ☐ Da Trắng;

☐ Da Đen; ☐ Châu Á; ☐ Người Mỹ da đỏ/Người bản địa Alaska;

☐ Người Hawaii hoặc người dân đảo Thái Bình Dương khác; ☐ Người gốc Tây Ban Nha;

☐ Khác: _____ ☐ Không muốn trả lời.

9. Chiều cao: _____ (Feet) _____ (Inch)

10. Cân nặng: _____ (Lbs.)

TRẠNG THÁI ESRD:

Vui lòng chỉ trả lời câu hỏi từ 10 đến 20 nếu quý vị được chẩn đoán mắc ESRD.

11. Ngày chẩn đoán ESRD: _____

12. Quý vị đã từng cấy ghép chưa? ☐ Có ☐ Không Nếu có, ngày cấy ghép: _____

13. Quý vị có đang trong danh sách chờ ghép thận không? ☐ Có ☐ Không

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

14. Hiện tại quý vị có đang được điều trị chạy thẩm tách máu không? ☐ Có ☐ Không

• Nếu có, quý vị đang nhận loại phương pháp điều trị thẩm tách máu nào?

o Thẩm tách máu

☐ tại trung tâm

☐ Thẩm tách máu tại nhà

o Thẩm tách máu màng bụng

☐ CCPD (Thẩm tách máu màng bụng chu trình liên tục)

☐ CAPD (Thẩm tách máu màng bụng liên tục ngoại trú)

o Khác: _____

15. Tên và địa chỉ trung tâm thẩm tách máu: _____

16. Tần suất điều trị thẩm tách máu: ☐ 3 lần một tuần; ☐ Khác: _____

17. Loại tiếp cận

☐ Ống thông ☐ Lỗ rò ☐ Mảnh ghép

18. Quý vị có gặp vấn đề gì khi đến chỗ điều trị thẩm tách máu không?
(ví dụ: dịch vụ chuyên chở?)

☐ Có ☐ Không Nếu có, chi tiết: _____

19. Quý vị có gặp khó khăn khi tuân theo chế độ ăn uống được khuyến nghị dành cho người mắc bệnh thận không?

☐ Có ☐ Không Nếu có, chi tiết: _____

TIỀN SỬ/THÔNG TIN Y TẾ KHÁC:

20. Trong năm qua quý vị đã phải nhập viện bao nhiêu lần?

☐ Không có ☐ Một lần ☐ Hai lần ☐ Ba lần ☐ Nhiều hơn

21. Trong năm qua, quý vị đã đến phòng cấp cứu bao nhiêu lần?

☐ Không có ☐ Một lần ☐ Hai lần ☐ Ba lần ☐ Nhiều hơn

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

22. Liệt kê bất kỳ tình trạng y tế nào khác mà quý vị mắc phải (đánh dấu tất cả những mục phù hợp):

- | | |
|--|--|
| ☐ Hen suyễn hoặc viêm phế quản mạn tính | ☐ Suy tim sung huyết (CHF) |
| ☐ Vấn đề về ruột | ☐ COPD hoặc khí phế thũng |
| ☐ Ung thư | ☐ Trầm cảm |
| ☐ Vấn đề với hệ tuần hoàn | |
| ☐ Tiểu đường: | |
| ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 | |
| ☐ Tiền tiểu đường ☐ Thai kỳ | |
| ☐ Tai: Bị điếc hoặc khiếm thính ngay cả khi đeo máy trợ thính | ☐ Mắt: Mù hoặc khó nhìn ngay cả khi đeo kính? |
| ☐ Thường xuyên té ngã | ☐ Nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên |
| ☐ Huyết áp cao | ☐ HIV/AIDS |
| ☐ Suy thận hoặc bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD) | ☐ Mất trí nhớ, sa sút trí tuệ hoặc bệnh Alzheimer |
| ☐ Cấy ghép nội tạng | ☐ Viêm xương khớp |
| ☐ Loãng xương | ☐ Parkinson/ALS/MS/Lupus |
| ☐ Gãy xương gần đây | ☐ Bệnh tâm thần nghiêm trọng |
| ☐ Khó thở hoặc các vấn đề về hô hấp | ☐ Loét da, vết thương không lành, vết loét |
| ☐ Đột quỵ, nhồi máu cơ tim, đau ngực hoặc tắc nghẽn động mạch | ☐ Sưng (mắt cá chân hoặc chân) |
| ☐ Tiểu tiện không tự chủ hoặc vấn đề kiểm soát bàng quang | Khác: _____ |
| | _____ |

23. Quý vị có bị đau không? ☐ Có ☐ Không

24. Quý vị đau ở đâu? _____

25. Cơn đau:

☐ Nhói ☐ Âm ỉ ☐ Nhức ☐ Râm ran ☐ Rát

26. Mức độ đau của bạn là như thế nào:

☐ Nhẹ (1-3) ☐ Vừa phải (4-7) ☐ Nặng (8-10)

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

27. Cơ đau nghiêm trọng như thế nào:

- ☐ Từng cơn ☐ Liên tục mức độ nhẹ ☐ Liên tục mức độ vừa phải
☐ Liên tục mức độ nặng ☐ Rất nặng ☐ Không thể ngủ được

28. Khả năng nghe của quý vị như thế nào?

- ☐ Xuất sắc ☐ Rất tốt ☐ Tốt ☐ Khá ☐ Kém

29. Nếu quý vị bị điếc, quý vị có thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu riêng không?

- ☐ Có ☐ Không

Quý vị có cần Champion Insurance lên lịch cho một thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có mặt tại cuộc hẹn với bác sĩ của quý vị không? ☐ Có ☐ Không ☐ Khác: _____

30. Nếu quý vị tự lái xe hoặc người quen lái xe cho quý vị, Champion sẽ hoàn tiền xăng xe (theo tiêu chuẩn của IRS).

31. Thị lực của quý vị như thế nào?

- ☐ Xuất sắc ☐ Rất tốt ☐ Tốt ☐ Khá ☐ Kém

32. Quý vị có cần thông tin ở dạng bản in cỡ chữ lớn không? ☐ Có ☐ Không

☐ Khác: _____

33. Quý vị có đang được tiêm thuốc để điều trị mắt không? ☐ Có ☐ Không

34. Quý vị có đến khám với nha sĩ trong năm qua không? ☐ Có ☐ Không

CHỈ SỐ SUY NHUỢC:

Quý vị có từng hoặc đang trải qua bất kỳ tình trạng nào sau đây trong năm qua không?

35. Gần đây bị giảm cân không mong muốn?	☐ Có	☐ Không
36. Cảm giác kiệt sức hoặc mệt mỏi thường xuyên?	☐ Có	☐ Không
37. Sức nắm bị suy giảm?	☐ Có	☐ Không
38. Gặp khó khăn khi đi bộ hoặc leo cầu thang?	☐ Có	☐ Không
39. Tốc độ đi bộ chậm hơn hoặc giảm hoạt động thể chất?	☐ Có	☐ Không
40. Bị ngã trong năm qua?	☐ Có	☐ Không

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

HÀNH VI:

			Tần suất
41. Hoạt động thể chất	☐ Có	☐ Không	Số lần mỗi tuần:
42. Hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá	☐ Có	☐ Không	Số lần mỗi tuần:
43. Sử dụng rượu	☐ Có	☐ Không	Số lần mỗi tuần:
44. Quan hệ tình dục không an toàn	☐ Có	☐ Không	Số lần mỗi tháng:
45. Sử dụng đai an toàn trên ô tô	☐ Có	☐ Không	☐ Luôn luôn; ☐ Thỉnh thoảng; ☐ Không bao giờ
46. Đánh giá an toàn tại nhà	☐ Có	☐ Không	Chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ này cho quý vị

CẢM NHẬN CẢM XÚC / TÂM LÝ:

Hãy đưa ra câu trả lời của quý vị cho từng câu hỏi sau. Quý vị có...

47. Giảm hứng thú/niềm vui trong các hoạt động thông thường trong hai tuần qua? ☐ Có ☐ Không
48. Cảm giác buồn bã hoặc tuyệt vọng trong hai tuần qua? ☐ Có ☐ Không
49. Cảm giác tức giận hoặc thịnh nộ đáng kể trong hai tuần qua? ☐ Có ☐ Không
50. Cảm giác căng thẳng đáng kể trong hai tuần qua? ☐ Có ☐ Không
51. Cảm giác cô đơn hoặc bị cô lập về mặt xã hội trong hai tuần qua? ☐ Có ☐ Không

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

HOÀN CẢNH SỐNG VÀ HỖ TRỢ CỘNG ĐỒNG:

Tình hình nhà ở của quý vị hiện nay thế nào?

52. Tôi có nhà ở	☐ Có	☐ Không
53. Tôi đang ở cùng những người khác trong một khách sạn	☐ Có	☐ Không
54. Tôi đang ở trong một nơi trú ẩn	☐ Có	☐ Không
55. Tôi đang sống ngoài đường, trên bãi biển, trong xe hơi hoặc trong công viên	☐ Có	☐ Không
56. Quý vị sống trong một ngôi nhà độc lập, căn hộ, chung cư hay nhà di động? ☐ Một mình; ☐ Bạn bè; ☐ Vợ chồng; ☐ Con cái ☐ Khác	☐ Có	☐ Không
57. Quý vị có sống trong một cơ sở/căn hộ hỗ trợ sinh hoạt hoặc nhà trợ và viện dưỡng lão hay viện điều dưỡng không?	☐ Có	☐ Không
58. Không muốn trả lời những câu hỏi này	☐ Có	☐ Không

59. Liệt kê bất kỳ hỗ trợ hoặc nguồn lực cộng đồng nào giúp ích cho việc chăm sóc hoặc sức khỏe ESRD của quý vị:

HOẠT ĐỘNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY (ADLS):

Hãy cho chúng tôi biết quý vị cần trợ giúp ở mức độ như thế nào cho từng mục sau:

60. Tắm rửa

☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

61. Mặc quần áo

☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

62. Ăn uống

☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

63. Đi vệ sinh

☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

64. Chải chuốt

☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

65. Đi bộ

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

66. Chuyển chỗ (ví dụ từ giường sang ghế)

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

67. Quý vị có ai có thể giúp mình thực hiện những việc trên khi cần không?

- ☐ Có ☐ Không

HOẠT ĐỘNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY CÓ DÙNG DỤNG CỤ (IADLS):

Hãy cho chúng tôi biết quý vị cần trợ giúp ở mức độ như thế nào cho từng mục sau:

68. Mua sắm

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

69. Chuẩn bị thực phẩm

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

70. Sử dụng điện thoại

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

71. Dọn dẹp nhà cửa

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

72. Giặt ủi

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

73. Dùng thuốc

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

74. Quản lý tài chính

- ☐ Có thể tự làm việc này ☐ Cần một chút giúp đỡ ☐ Không thể làm việc này
☐ Tôi cần sự giúp đỡ đáng kể

75. Quý vị có ai có thể giúp mình thực hiện những việc trên khi cần không?

- ☐ Có ☐ Không

76. Quý vị có gặp khó khăn trong việc chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc men không? ☐ Có ☐ Không

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

77. Quý vị có đôi khi hết tiền để trả tiền ăn/tiền thuê nhà/tiền hóa đơn/thuốc men không? ☐ Có ☐ Không

78. Ai giúp quý vị ở nhà với các công việc hàng ngày, việc điều trị và các cuộc hẹn, và họ giúp như thế nào? _____

79. Quý vị có ai được trả tiền để giúp chăm sóc quý vị ở nhà không, chẳng hạn như người chăm sóc thông qua Dịch vụ hỗ trợ tại nhà (In-Home Supportive Services, IHSS)? ☐ Có ☐ Không

80. Quý vị có thường xuyên tập thể dục không?

☐ Có, tần suất như thế nào: _____

☐ Không, lý do: _____

81. Quý vị có sử dụng cổng thông tin bệnh nhân của bác sĩ không? ☐ Có ☐ Không

Tại sao không? _____

82. Quý vị có kế hoạch chăm sóc trước không?

☐ Có

☐ Di chúc sống

☐ Ủy quyền dài hạn về chăm sóc sức khỏe

☐ Lệnh Không hồi sức (Do Not Resuscitate, DNR)

☐ Lệnh của bác sĩ về điều trị duy trì sự sống (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

☐ Không đặt nội khí quản (Do Not Intubate, DNI)

☐ Không

HƯỚNG DẪN THUỐC VÀ CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG

83. Quý vị dùng bao nhiêu loại thuốc theo toa khác nhau:

☐ 1 - 3; ☐ 4 - 6; ☐ 7 - 10; ☐ hơn 10 loại thuốc khác nhau

84. Quý vị có gặp khó khăn trong việc hiểu hoặc tuân thủ thuốc theo toa không?

☐ Có ☐ Không Nếu có, chi tiết: _____

85. Bạn có gặp khó khăn khi đến lấy thuốc không?

☐ Có ☐ Không Nếu có, chi tiết: _____

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

NHU CẦU:

Trong năm qua, quý vị hoặc người thân sống cùng quý vị có gặp khó khăn khi nhận bất cứ thứ nào sau đây khi thực sự cần không? Đánh dấu tất cả những mục phù hợp:

86. Đồ ăn	☐ Có	☐ Không
87. Tiện ích	☐ Có	☐ Không
88. Quần áo	☐ Có	☐ Không
89. Chăm sóc trẻ em	☐ Có	☐ Không
90. Thuốc hoặc bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị cần (y tế, nha khoa, chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhãn khoa, thính giác, v.v.)?	☐ Có	☐ Không
91. Điện thoại	☐ Có	☐ Không
92. Khác	☐ Có	☐ Không
93. Không muốn trả lời những câu hỏi này	☐ Có	☐ Không

Trong năm qua, việc thiếu dịch vụ chuyên chở đã khiến quý vị bỏ lỡ bất kỳ hoạt động nào sau đây:

94. Cuộc hẹn y tế	☐ Có	☐ Không
95. Các cuộc hẹn, cuộc họp, công việc không liên quan đến y tế hoặc việc lấy những thứ tôi cần	☐ Có	☐ Không
96. Không muốn trả lời những câu hỏi này	☐ Có	☐ Không

CHỪNG NGỪA / TIÊM CHỪNG:

Quý vị có thực hiện việc này trong 12 tháng qua không?

97. Tiêm phòng cúm	☐ Có	☐ Không	☐ Chưa nhưng muốn thực hiện việc này
98. Viêm phổi	☐ Có	☐ Không	☐ Chưa nhưng muốn thực hiện việc này
99. COVID	☐ Có	☐ Không	☐ Chưa nhưng muốn thực hiện việc này

Mẫu đơn đánh giá nguy cơ sức khỏe (HRA) (Tiếp theo)

MỤC TIÊU VÀ SỞ THÍCH:

100. Mục tiêu cá nhân chính của quý vị về việc chăm sóc thận và sức khỏe tổng thể của mình là gì?

101. Quý vị có bất kỳ mong muốn nào về phương pháp điều trị, cách quản lý dịch vụ chăm sóc hoặc chăm sóc cuối đời không?

102. Là người chăm sóc, mục tiêu chính của quý vị đối với thành viên gia đình/khách hàng là gì?

PHẢN HỒI BỔ SUNG:

103. Chia sẻ bất kỳ thông tin quan trọng nào khác về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị:

Cảm ơn quý vị đã giúp đỡ. Thông tin này rất quan trọng để cung cấp dịch vụ chăm sóc tối ưu phù hợp với yêu cầu và nhu cầu của quý vị. **Vui lòng gửi mẫu đơn đã hoàn thành này đến:**

**Champion Health Plan
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995**

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào hoặc cần hỗ trợ, vui lòng gọi điện và yêu cầu Nhân viên quản lý chăm sóc cá nhân gọi lại cho quý vị. Vui lòng gọi **1-800-885-8000** hoặc **711** cho TTY. Yêu cầu gặp Nhóm quản lý chăm sóc.