

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình  
Champion Advantage, Connect and Select**

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

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình  
Champion Advantage, Connect and Select**

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

## Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình Champion Advantage, Connect and Select

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

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

**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)

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình  
Champion Advantage, Connect and Select**

**27. Cơn 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?

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

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình  
Champion Advantage, Connect and Select**

**HÀNH VI:**

			<b>Tần suất</b>
<b>41.</b> Hoạt động thể chất	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Số lần mỗi tuần:
<b>42.</b> Hút thuốc hoặc sử dụng thuốc lá	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Số lần mỗi tuần:
<b>43.</b> Sử dụng rượu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Số lần mỗi tuần:
<b>44.</b> Quan hệ tình dục không an toàn	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Số lần mỗi tháng:
<b>45.</b> Sử dụng đai an toàn trên ô tô	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Luôn luôn; <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng; <input type="checkbox"/> Không bao giờ
<b>46.</b> Đánh giá an toàn tại nhà	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> 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

## Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình Champion Advantage, Connect and Select

### HOÀN CẢNH SỐNG VÀ HỖ TRỢ CỘNG ĐỒNG:

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

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

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình  
Champion Advantage, Connect and Select****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**

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình  
Champion Advantage, Connect and Select**

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: \_\_\_\_\_

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình  
Champion Advantage, Connect and Select**

**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:

<b>86. Đồ ăn</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>87. Tiện ích</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>88. Quần áo</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>89. Chăm sóc trẻ em</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>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.)?</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>91. Điện thoại</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>92. Khác</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>93. Không muốn trả lời những câu hỏi này</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

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

<b>94. Cuộc hẹn y tế</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>95. Các cuộc hẹn, cuộc họp, công việc không liên quan đến y tế hoặc việc lấy những thứ tôi cần</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>96. Không muốn trả lời những câu hỏi này</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

**CHỪNG NGỪA / TIÊM CHỪNG:**

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

<b>97. Tiêm phòng cúm</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Chưa nhưng muốn thực hiện việc này
<b>98. Viêm phổi</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Chưa nhưng muốn thực hiện việc này
<b>99. COVID</b>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Chưa nhưng muốn thực hiện việc này

**Biểu mẫu Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA) của các chương trình  
Champion Advantage, Connect and Select**

**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.