

Добро пожаловать в Providence Medical Group Gateway Family Medicine

Имя: _____ Дата рождения: _____ Дата посещения: _____

Предпочтительное имя и обращение: _____

Ваше контактное лицо в экстренных случаях (имя и номер телефона) _____

Нам важно ваше здоровье. Этот прием является профилактическим, в ходе него мы уделяем особое внимание обследованиям, консультированию по вопросам образа жизни и профилактике заболеваний. Если имеются конкретные проблемы, которые вы хотели бы решить, нам, скорее всего, потребуется назначить еще один прием.

Каковы ваши цели в отношении здоровья? _____

Нужно ли вам сегодня пополнить запас лекарственных препаратов, получить направления, заполненные формы или письмо для работы? Да Нет

Контрольный лист симптомов: Проверьте все симптомы, которые у вас были за последние две недели, и которые у вас по-прежнему есть:

Общее: <input type="checkbox"/> Утомляемость <input type="checkbox"/> Повышенная температура <input type="checkbox"/> Нежелательные изменения веса <input type="checkbox"/> Постоянная жажда <input type="checkbox"/> Постоянное ощущение, что вам очень холодно или жарко	Кровь: <input type="checkbox"/> Аномальное кровотечение <input type="checkbox"/> Легкое возникновение кровоподтеков
Глаза: <input type="checkbox"/> Пелена перед глазами <input type="checkbox"/> Боль в глазах	Нервная система: <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Потеря сознания <input type="checkbox"/> Головокружения <input type="checkbox"/> Тремор <input type="checkbox"/> Проблемы с движением <input type="checkbox"/> Онемение <input type="checkbox"/> Проблемы с ходьбой <input type="checkbox"/> Головная боль
Слух: <input type="checkbox"/> Потеря слуха <input type="checkbox"/> Боль в ушах	Иммунная система: <input type="checkbox"/> Неконтролируемые аллергические реакции <input type="checkbox"/> Опухоль лимфоузлов <input type="checkbox"/> Частые инфекции
Легкие: <input type="checkbox"/> Одышка <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Храп	Опорно-двигательный аппарат: <input type="checkbox"/> Боль в спине или шее <input type="checkbox"/> Боли в суставах
Сердце: <input type="checkbox"/> Боль или давление в груди <input type="checkbox"/> Учащенное сердцебиение	Психическое здоровье: <input type="checkbox"/> Депрессия <input type="checkbox"/> Тревожное расстройство <input type="checkbox"/> Проблемы с памятью <input type="checkbox"/> Проблемы со сном <input type="checkbox"/> Суицидальное мышление
Желудочно-кишечный тракт: <input type="checkbox"/> Боль в животе <input type="checkbox"/> Проблемы с глотанием <input type="checkbox"/> Рвота <input type="checkbox"/> Кровавый или черный стул	Кожа: <input type="checkbox"/> Изменение родинок на коже <input type="checkbox"/> Сыпь
Мочевыделительная система: <input type="checkbox"/> Кровь в моче <input type="checkbox"/> Потеря контроля над мочевым пузырем <input type="checkbox"/> Болезненное мочеиспускание <input type="checkbox"/> Частое мочеиспускание или недержание	Если применимо: <input type="checkbox"/> Уплотнения в груди <input type="checkbox"/> Боль в области таза <input type="checkbox"/> Сильное кровотечение <input type="checkbox"/> Боль или уплотнения в яичках <input type="checkbox"/> Другие вопросы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Если применимо/если известно:

1. Последний менструальный цикл - Дата: _____
2. В настоящее время кормите грудью? Да Нет
3. Когда в последний раз делали мазок Папаниколау (если делался не в Providence)? _____
4. Когда была последняя маммография (если делалась не в Providence)? _____

5. Когда была последняя колоноскопия (если делалась не в Providence)? _____

ОБНОВЛЕННЫЕ ДАННЫЕ О ПОЛУЧАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Какие-либо **новые лекарственные препараты** или изменения в лекарственных препаратах со времени вашего последнего визита? Нет Да, перечислите изменения:

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Какие-либо **новые аллергические реакции** на лекарственные препараты?

Нет Да: _____

Какие-либо **новые заболевания**?

Нет Да: _____

Были ли у вас какие-либо **операции в последнее время**?

Нет Да: _____

Изменения в состоянии здоровья вашей **семьи**? Нет Да: _____

Изменения во **взаимоотношениях**

(семейное положение и т. п.)

Нет Да: _____

ОБНОВЛЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОМ АНАМНЕЗЕ

Семейное положение (если применимо): _____ Род занятий: _____ Хобби: _____

Вы сексуально активны? Да Нет

Если Ваш ответ «да»:

Партнеры (например, мужчины, женщины, небинарные и т. д.): _____

Вас интересует тестирование на инфекцию, передающуюся половым путем? Да Нет

Используете ли вы или ваш партнер противозачаточные средства,

и если да, то что вы используете? _____

Если не заботитесь о предупреждении беременности, то почему?

Попытка забеременеть Партнер(-ы) того же пола Другое

Были ли вы когда-нибудь в отношениях, связанных с физическими или словесными оскорблениями?

Да Нет

Находитесь ли вы сейчас в отношениях, связанных с физическими или словесными оскорблениями?

Да Нет




Употребляете ли вы **табачные** изделия? Да Нет Дата прекращения: _____

Никогда не употреблял табак

Если Ваш ответ «Да»: Сколько пачек/банок в день? _____ Сколько лет? _____ Хотите бросить? Да Нет

Сколько раз в неделю вы занимаетесь спортом? _____ Какие упражнения вы делаете? _____

Мы спрашиваем всех наших взрослых пациентов об употреблении психоактивных веществ и настроении, потому что эти факторы могут повлиять на ваше здоровье. Если у вас возникли какие-либо вопросы, проконсультируйтесь со своим врачом. Ваши ответы в этой анкете останутся конфиденциальными.

Алкоголь: Одна порция =  12 унций (350 мл) пиво  5 унций (150 мл) вино  1,5 унции (45 мл) спиртной напиток (одна рюмка)

Ни одного 1 или больше

Сколько раз за последний год вы выпивали 4 или более порций в день?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Препараты: Рекреационные препараты включают метамфетамины (спид, кристалл), каннабис (марихуана, план), ингалянты (растворитель, аэрозоль, клей), транквилизаторы (валиум), барбитураты, кокаин, экстази, галлюциногены (ЛСД, грибы) или наркотики (героин).

Ни одного 1 или больше

Сколько раз за последний год вы употребляли рекреационные препараты или лекарственные препараты, отпускаемые по рецепту, по немедицинским причинам?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Настроение:

Никогда В отдельные дни Более половины времени Почти каждый день

В течение последних двух недель не беспокоило ли вас отсутствие интереса или удовольствия от своих занятий?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В течение последних двух недель не беспокоило ли вас чувство подавленности, депрессии или безнадежности?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Доступ к продуктам питания, транспорту и другим средствам основной поддержки может влиять на состояние здоровья человека. Вопросы ниже касаются этих средств поддержки. Ваши ответы помогут нам связать вас с необходимыми службами. Всех наших пациентов мы просим ответить на эти вопросы. Вы не обязаны заполнять эту анкету.

1. Приходилось ли вам в течение последних 12 месяцев беспокоиться о том, что продукты питания закончатся раньше, чем у вас появятся деньги на их покупку?

- Никогда
- Иногда
- Часто

2. Случалось ли в течение последних 12 месяцев, что купленной еды не хватало и у вас не было денег купить еще?

- Никогда
- Иногда
- Часто

3. Какие у вас сейчас жилищные условия?

- У меня есть постоянное место жительства
- Мне есть где жить в настоящее время, но я беспокоюсь, что в будущем это может измениться
- У меня нет постоянного места жительства (я временно проживаю с другими людьми, в отеле, приюте, на улице, на пляже, в машине, в заброшенном здании, на автобусной станции или железнодорожном вокзале либо в парке)

4. Случалось ли так, что в течение последних 12 месяцев поставщики электроэнергии, газа, топлива или воды угрожали отключить коммунальные услуги в вашем доме?

- Да
- Нет
- Уже отключены












5. Случалось ли так, что в течение последних 12 месяцев из-за отсутствия доступа к транспорту вы не могли посетить врача или получить лекарственные препараты?

- Да
- Нет

6. Случалось ли так, что в течение последних 12 месяцев из-за отсутствия доступа к транспорту вы не смогли попасть на встречу, работу или получить товары, необходимые для удовлетворения повседневных нужд?

- Да
- Нет

Сообщите нам, нужна ли вам помощь, поставив соответствующие отметки во всех применимых вариантах:

<input type="checkbox"/>  Свое жилье или аренда жилья	<input type="checkbox"/>  Работа и образование	<input type="checkbox"/>  Стоматологическая помощь
<input type="checkbox"/>  Оплата коммунальных услуг	<input type="checkbox"/>  Дети и младенцы	<input type="checkbox"/>  Офтальмологическая помощь
<input type="checkbox"/>  Продукты питания	<input type="checkbox"/>  Пожилые люди	<input type="checkbox"/>  Лечение от алкогольной и наркотической зависимости
<input type="checkbox"/>  Одежда	<input type="checkbox"/>  Консультирование	<input type="checkbox"/>  Правовая помощь
<input type="checkbox"/>  Средства передвижения	<input type="checkbox"/>  Медицинское страхование	<input type="checkbox"/>  Другое