

Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe (Health Risk Assessment – HRA)

Kính gửi Quý Hội viên,

Trả lời các câu hỏi dưới đây giúp chúng tôi tìm cách giúp quý vị tiếp tục cảm thấy tốt và cải thiện sức khỏe của quý vị. Vui lòng trả lời càng nhiều câu hỏi càng tốt và trả lại mẫu này trong phong bì trả trước kèm theo.

MEDICARE ID#	HỘI VIÊN ID#	NGÀY CÓ HIỆU LỰC	ĐIỆN THOẠI NHÀ	CHƯƠNG TRÌNH
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TÊN	HỌ	NGÀY SINH	GIỚI TÍNH:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU CHÍNH
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG	ĐỊA CHỈ EMAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tôi ủy quyền Brand New Day gửi cho tôi thông tin về chương trình của tôi

Phương thức giao tiếp ưu tiên của quý vị là gì?

ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG

EMAIL

BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH

SALES AGENT INFORMATION

Nếu ai đó giúp quý vị điền đơn này, người đó phải hoàn thành thông tin dưới đây và ký tên:

NAME OF STAFF/AGENT/BROKER (print name)

SIGNATURE

DATE

RELATIONSHIP TO ENROLLEE

DATE

AGENT PHONE NUMBER

AGENT LICENSE NUMBER

FMO

PHẦN A: Y KHOA

A1: Về tổng thể, quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào?

Xuất sắc Rất tốt Tốt Khá Kém

A2: Trong 12 tháng qua, quý vị có nằm qua đêm tại bệnh viện với tư cách bệnh nhân hay không?

Không 1-2 lần 3-5 lần >6 tháng

A3: Quý vị thường xuyên tập thể dục mỗi tuần không?

>5 ngày 4-3 ngày 2-1 ngày Hiếm khi Không bao giờ

A4: Quý vị cao bao nhiêu?

A5: Cân nặng của quý vị là bao nhiêu?

 lbs

A6: Dù không muốn nhưng tôi đã giảm hoặc tăng 10 lbs trong vòng sáu tháng qua?

Có Không

A7: Quý vị có Tiêm phòng Cúm năm nay không?

Có Không

A8: Quý vị đã Nội soi đại tràng?

Có Không

Khi nào:

Ở đâu:

A9: Quý vị có đang sử dụng dịch vụ y tế tại nhà không?

Có Không

A10: Quý vị đã bị ngã trong tháng trước?

Có Không

A11: Bác sĩ có nói với quý vị rằng quý vị bị:

Ung thư Sa sút trí tuệ Bệnh tiểu đường/Đường huyết cao Vấn đề về Sức khỏe Tâm thần

A12: Quý vị có mẹ, cha, anh/chị em mắc Bệnh tiểu đường hay không?

Có Không

A13: Trung bình quý vị hút bao nhiêu điếu thuốc mỗi ngày?

A14: Quý vị đã hút thuốc bao nhiêu năm rồi?

A15: Quý vị có đang sử dụng Thiết bị Y tế Lâu bền hay các dụng cụ y tế không?

Có Không

A16: Nếu có với A15, vui lòng chỉ định thiết bị hoặc dụng cụ y tế nào dưới đây:

Xe lăn Khung tập đi Cây gậy Ghế có lỗ
 Nệm Hơi Giường bệnh Ghế ngồi Vệ sinh Bim
 Máy CPAP/Ngưng thở lúc Ngủ Oxy Ghế tắm Ống thông

Khác:

A17: Quý vị bị dị ứng thuốc gì?

A18: Thành thạo quý vị có quên uống thuốc không?

Có Không

A19: Quý vị uống thuốc gì?

PHẦN B: SỨC KHỎE HÀNH VI

Đối với B1 & B2, trong 2 tuần qua, quý vị có thường xuyên bị làm phiền bởi bất kỳ vấn đề nào sau đây không?

B1: Ít quan tâm hoặc hứng thú khi làm điều gì đó:

Không chút nào Hơn một nửa các ngày Vài ngày Gần như hàng ngày

B2: Cảm thấy buồn, chán nản, dễ cáu kỉnh, hay vô vọng:

Không chút nào Hơn một nửa các ngày Vài ngày Gần như hàng ngày

B3: Gia đình/bạn bè của quý vị có quan tâm đến trí nhớ của quý vị không?

Có Không

B4: Quý vị đã bao giờ tham dự một cuộc họp nhóm Nghiện rượu Ẩn danh hoặc Ma túy Ẩn danh chưa?

Có Không

PHẦN C: SINH HOẠT HÀNG NGÀY

C1: Quý vị có:

Ngáy Ngừng thở khi ngủ

C2: Trong khi ngủ quý vị có từng:

Gây tai nạn xe hơi Dẫn đến suy tở bỏ lờ khi lái xe

C3: Buổi tối, quý vị:

Thức dậy thờ hỏn hỏn hoặc nghẹt thở
 Thường xuyên thức dậy
 Thức dậy đi vệ sinh

C4: Trong ngày, quý vị:

Cảm thấy buồn ngủ hay "ngủ gật" trên đường mà không biết lý do?
 Đau đầu vào buổi sáng?
 Khó nhớ hoặc khó tập trung?

C5: Quý vị có sống tại:

Ngôi nhà độc lập, căn hộ, chung cư, hoặc nhà di động
 Căn hộ hoặc nhà trọ có sự chăm sóc và viện dưỡng lão
 Nhà điều dưỡng

C6: Quý vị sống với ai?

C7: Có bạn bè, người thân, hoặc hàng xóm nào của quý vị sẽ chăm sóc cho quý vị trong vài ngày nếu cần thiết không?

Có Không TÊN: ĐIỆN THOẠI:

C8: Quý vị có phương tiện đi từ hoặc đến nơi hẹn của bác sĩ không?

Có Không

C9: Quý vị có Chỉ thị trước không?

Có Không

C10: Quý vị có POLST- Lệnh Bác sĩ Điều trị Duy trì Mạng sống không?

Có Không

PHẦN D: ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG

D1: TẮM RỬA

Tự tắm hoàn toàn hoặc cần trợ giúp khi tắm một phần cơ thể 1

Cần giúp đỡ trong việc tắm rửa nhiều hơn một phần của cơ thể ra khỏi bồn tắm 0

D2: MẶC QUẦN ÁO

Lấy quần áo từ tủ quần áo, ngăn kéo và mặc quần áo có móc cài; có thể cần giúp buộc dây giày 1

Cần giúp tự mặc quần áo hoặc cần được người khác mặc hộ hoàn toàn 0

D3: ĐI VỆ SINH

Đi vào nhà vệ sinh, lên và xuống, mặc quần áo, vệ sinh khu vực bộ phận sinh dục mà không cần trợ giúp 1

Cần trợ giúp sang nhà vệ sinh, tự vệ sinh hoặc sử dụng xô hoặc ghế tiểu tiện 0

D4: DI CHUYỂN

Lên và xuống giường hoặc ghế mà không cần trợ giúp (công cụ di chuyển cơ khí được chấp nhận) 1

Cần giúp đỡ trong việc di chuyển từ giường này sang ghế khác hoặc cần di chuyển toàn bộ 0

D5: KIỂM SOÁT TIỂU TIỆN

Các bài tập hoàn toàn tự kiểm soát tiểu tiện và đại tiện 1

Một phần hoặc hoàn toàn không kiểm soát được tiểu tiện hoặc đại tiện 0

D6: CHO ĂN

Lấy thức ăn từ đĩa đưa vào miệng mà không cần trợ giúp (Chuẩn bị đồ ăn có thể do người khác thực hiện) 1

Cần trợ giúp một phần hoặc toàn bộ để cho ăn hoặc cần cho ăn qua đường tĩnh mạch 0

TỔNG ĐIỂM