



Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)

Ngày:		Mã hội viên:		Ngày bắt đầu chương trình:	
Tên:		Họ:		Ngày sinh:	
Giới tính:		Số điện thoại:		Email:	

Phần 1: Giới thiệu về quý vị (Đặc điểm cá nhân)

1. Chủng tộc và/hoặc dân tộc của quý vị là gì? *Chọn tất cả những gì áp dụng và nhập thông tin chi tiết vào khoảng trống được cung cấp.*

☐ Người Mỹ da đỏ / Alaska bản địa (ví dụ: Quốc gia Navajo, Cộng đồng Nome Eskimo, v.v.)

☐ Người Châu Á (ví dụ: Trung Quốc, Philippines, Ấn Độ, Việt Nam, v.v.)

☐ Người da đen / Người Mỹ gốc Phi (ví dụ: người Mỹ gốc Phi, Haiti, Ethiopia, v.v.)

☐ Người Tây Ban Nha hoặc Latinh (ví dụ: Mexico, Salvador, Puerto Rico, Cuba, v.v.)

☐ Người Trung Đông hoặc Bắc Phi (ví dụ: Lebanon, Iran, Ai Cập, Syria, v.v.)

☐ Người Hawaii bản địa / Đảo Thái Bình Dương (ví dụ: người Hawaii bản địa, Samoa, Fiji, v.v.)

☐ Người da trắng (ví dụ: tiếng Anh, tiếng Đức, tiếng Ireland, tiếng Ý, tiếng Ba Lan, v.v.)

☐ Nhóm khác, Vui lòng viết thư:

Phần 2: Tình trạng sức khỏe

2. Quý vị đã bao giờ gặp bất kỳ vấn đề sức khỏe nào trong số này chưa? (Kiểm tra tất cả những gì áp dụng)

☐ Suyễn	☐ Tiểu đường	☐ Đột quỵ (bao gồm chảy máu não)
☐ Trầm cảm, lưỡng cực hoặc tâm thần phân liệt	☐ Các vấn đề về bàng quang hoặc ruột	☐ Các vấn đề về thị lực hoặc mắt
☐ Ung thư (bao gồm cả bệnh bạch cầu)	☐ Mất thính lực	☐ Co giật
☐ COPD hoặc bệnh phổi	☐ Béo phì nghiêm trọng	☐ Bệnh mạch máu
☐ Viêm phổi hoặc nhiễm trùng phổi khác	☐ Huyết áp cao	☐ Các vấn đề về ma túy hoặc rượu
☐ Sa sút trí tuệ hoặc mất trí nhớ	☐ Các vấn đề về bàn chân	☐ (Các) cấy ghép nội tạng trong quá khứ:
☐ Bệnh gan (giai đoạn cuối)	☐ Bệnh thận (Giai đoạn 5)	Cơ quan nào? _____
☐ Viêm khớp dạng thấp, các vấn đề về khớp	☐ HIV hoặc AIDS	Ngày cấy ghép: _____
☐ Tê liệt (liệt tứ chi)	☐ Bệnh tim, suy tim	☐ Khác: _____
☐ Khó di chuyển một bên cơ thể	☐ Nhịp tim không đều	☐ Không ai

Phần 3: Sức khỏe và thăm khám bác sĩ của Quý vị (Chăm sóc phòng ngừa)

3. Quý vị đánh giá sức khỏe hiện tại của mình như thế nào?	4. Quý vị có sử dụng các sản phẩm thuốc lá không?
☐ Tuyệt vời ☐ Rất tốt ☐ Tốt ☐ Bình thường ☐ Kém	☐ Có, thuốc lá hoặc xì gà ☐ Có, bút vape ☐ Không
5. Lần kiểm tra cuối cùng của quý vị là khi nào?	6. Lần chụp X-quang tuyến vú cuối cùng của quý vị là khi nào?
7. Xét nghiệm máu cuối cùng của quý vị là khi nào?	8. Lần sàng lọc ung thư ruột kết cuối cùng của quý vị là khi nào?



			nào?				
9	Quý vị có thường xuyên thực hiện bất kỳ loại hoạt động thể chất hoặc tập thể dục nào không? ☐ Có ☐ Không	10	Quý vị đã được đề nghị thăm khám chăm sóc giảm nhẹ để giúp kiểm soát các bệnh mãn tính chưa? ☐ Có ☐ Không				
11	Nhìn chung, quý vị cảm thấy thoải mái như thế nào khi thực hiện các hoạt động này trong cuộc sống hàng ngày? Ăn ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ Mặc quần áo và cởi quần áo ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ Sử dụng nhà vệ sinh ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ		Chải tóc, đánh răng, cạo râu, cắt móng tay,...? ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ Lên và ra khỏi giường và di chuyển tự do? ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ Tắm hoặc tắm hoàn toàn ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ				
12	Nếu quý vị bị tiểu đường hoặc bệnh tim, quý vị có đang dùng statin (thuốc cholesterol) không? ☐ Có ☐ Không	13	Lần khám vông mạc giãn nở (mắt) cuối cùng của quý vị là khi nào? Ngày khám: _____ Địa điểm: _____ Bệnh vông mạc có được tìm thấy không? ☐ Có ☐ Không				
14	Mức A1c từ xét nghiệm máu cuối cùng của quý vị là bao nhiêu? Ngày khám: _____ Cấp độ: _____	15	Xét nghiệm thận (nước tiểu hoặc eGFR) cuối cùng của quý vị là khi nào? Ngày khám: _____ Kết quả (nếu biết): _____				
16	Lần đo huyết áp cuối cùng của quý vị là khi nào? Ngày đọc: _____ mức huyết áp: ____ / ____ Vị trí đọc: ☐ Nhà ☐ Văn phòng bác sĩ	17	Quý vị đã nhận được bất kỳ loại vắc-xin nào sau đây trong năm nay chưa? <table border="1"> <tr> <td>Cúm ☐ Có ☐ Không</td> <td>Viêm phổi ☐ Có ☐ Không</td> <td>COVID ☐ Có ☐ Không</td> <td>Khác ☐ Có ☐ Không</td> </tr> </table>	Cúm ☐ Có ☐ Không	Viêm phổi ☐ Có ☐ Không	COVID ☐ Có ☐ Không	Khác ☐ Có ☐ Không
Cúm ☐ Có ☐ Không	Viêm phổi ☐ Có ☐ Không	COVID ☐ Có ☐ Không	Khác ☐ Có ☐ Không				
18	Nếu quý vị không tiêm vắc-xin thường xuyên, tại sao?	19	Nếu quý vị đã tiêm (các) loại vắc-xin khác trong năm nay, quý vị đã tiêm vắc-xin nào nhận?				
20	Quý vị sẽ mô tả thói quen ăn uống của mình như thế nào? ☐ Khỏe mạnh và cân bằng ☐ Bình thường ☐ Bữa ăn không lành mạnh hoặc không thường xuyên	21	Quý vị hiện đang uống rượu hoặc sử dụng ma túy hoặc chất kích thích không? ☐ Có, thường xuyên ☐ Có, thỉnh thoảng ☐ Không hoặc không muốn trả lời				
22	Quý vị đã nhập viện bao nhiêu lần trong 12 tháng qua? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ Hơn 5 lần	23	Quý vị đã đến phòng cấp cứu (ER) bao nhiêu lần trong 12 tháng qua? ☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 4-7 ☐ Hơn 7 lần				
24	Quý vị đã từng ở tại Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF) hoặc Cơ sở Phục hồi chức năng Cấp tính trong 12 tháng qua chưa? ☐ Có ☐ Không						
Phần 4: Di chuyển và giữ thăng bằng (Nguy cơ ngã)							
25	Quý vị có sa ngã trong năm qua không? ☐ Có ☐ Không	26	Quý vị có cảm thấy không vững khi đi bộ hoặc đứng? ☐ Có ☐ Không				
27	Quý vị cần trợ giúp khi đi bộ hoặc đứng? ☐ Có ☐ Không	28	Bác sĩ đã tiến hành kiểm tra đi bộ theo thời gian chưa? kéo dài 12 giây hoặc hơn? ☐ Có ☐ Không				



29	Quý vị có gặp khó khăn trong việc nhìn rõ không? ☐ Có ☐ Không	30	Quý vị đã kiểm tra thị lực trong năm qua chưa? ☐ Có ☐ Không
Phân 5: Thuốc, Dị ứng và Đau			
31	Quý vị có dùng thuốc theo toa không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, bao nhiêu? _____ Liệt kê tất cả các loại thuốc đã biết: _____		
32	Có loại thuốc nào khiến quý vị chóng mặt, buồn ngủ hoặc bối rối không? ☐ Có ☐ Không	33	Quý vị hiện đang bị đau hoặc khó chịu? ☐ Không ☐ Có. Nếu có, ở đâu? Mức độ đau trên thang điểm từ 0 - 10 là bao nhiêu? <i>(0 = Không đau, 10 = Tồi tệ nhất từ trước đến nay)</i> _____
34	Quý vị có bất kỳ dị ứng nào đã biết không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, hãy liệt kê các chất gây dị ứng: _____	35	Quý vị có nhận được trợ giúp thêm từ Medicare để thanh toán cho thuốc của mình không? ☐ Có ☐ Không
Phân 6: Hỗ trợ và đời sống xã hội			
36	Quý vị có cảm thấy an toàn khi ở nhà không? ☐ Có ☐ Không	37	Bây giờ quý vị có người chăm sóc giúp quý vị không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
38	Các em có những người trong gia đình hoặc những người khác sẵn sàng và có thể giúp đỡ các em khi các em cần không? ☐ Có ☐ Không		
39	Quý vị có bao giờ nghĩ rằng người chăm sóc của quý vị gặp khó khăn trong việc cung cấp cho quý vị tất cả sự giúp đỡ quý vị cần không? ☐ Có ☐ Không		
40	Quý vị thường nói chuyện hoặc gặp gỡ quý vị bè / gia đình thân thiết như thế nào? ☐ Ít hơn một lần một tuần ☐ 3-5 lần một tuần ☐ 1-2 lần một tuần ☐ Hơn 5 lần một tuần		
Phân 7: Nhà ở & Giao thông vận tải			
41	Tình hình nhà ở của quý vị hôm nay như thế nào? ☐ Tôi có một nơi ổn định để sống ☐ Tôi có một nơi để sống hôm nay, nhưng tôi lo lắng về việc mất nó trong tương lai ☐ Tôi không có một nơi ổn định để sống <i>(Tôi đang ở với những người khác, trong một khách sạn, trong một nơi trú ẩn, sống bên ngoài trên đường phố, trên bãi biển, trong một chiếc xe hơi, tòa nhà bỏ hoang, bến xe buýt hoặc xe lửa, hoặc trong một công viên)</i>		
42	Trong 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện đi lại có khiến quý vị không thể đến các cuộc hẹn y tế, cuộc họp, công việc hoặc nhận được những thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày không? <i>(chọn tất cả những gì áp dụng)</i> ☐ Vâng, nó đã khiến tôi không thể đến các cuộc hẹn y tế hoặc nhận thuốc ☐ Vâng, nó đã ngăn tôi khỏi các cuộc họp, cuộc hẹn, công việc hoặc nhận được những thứ tôi cần ☐ Không		
Phân 8: Thực phẩm & Tiện ích			
43	Trong vòng 12 tháng qua, quý vị lo lắng rằng thức ăn của mình sẽ hết trước khi quý vị có tiền để mua thêm. ☐ Đúng ☐ Thỉnh thoảng ☐ Không bao giờ đúng		



Vui lòng gửi lại HRA này trong phong bì tự ghi địa chỉ được cung cấp.

44	Trong 12 tháng qua, công ty điện, khí đốt, dầu mỡ hoặc nước có đe dọa cắt các dịch vụ trong nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không ☐ Đã tắt				
Phần 9: Tâm trạng và sức khỏe cảm xúc					
45	Trong hai tuần qua, quý vị đã bao lâu bị làm phiền bởi bất kỳ vấn đề nào sau đây?				
Chọn một hộp cho mỗi câu lệnh:		Không có gì	Vài ngày	Hơn nửa ngày	Gần như mỗi ngày
		0	1	2	3
Mất hứng thú hoặc niềm vui trong mọi thứ:		☐	☐	☐	☐
Cảm thấy chán nản, chán nản hoặc tuyệt vọng:		☐	☐	☐	☐

Vui lòng gửi lại HRA này trong phong bì tự ghi địa chỉ được cung cấp.