

Tên của hội viên:	Họ của hội viên:	Chữ cái đầu tên đệm:
ID - Mã số định danh hội viên:	Ngày sinh:	Ngày điền đơn HRA:
Số điện thoại của hội viên:	Tên nhà cung cấp/bác sĩ chăm sóc chính (PCP):	
Bản HRA này được hoàn thành như thế nào:		
☐ Qua điện thoại ☐ Gặp mặt trực tiếp ☐ Trực tuyến/từ xa ☐ Giấy		
Liệt kê tất cả các cá nhân đã giúp hoàn thành biểu mẫu này nếu có (ví dụ: bác sĩ/nhà cung cấp, người nhà, bạn bè, người môi giới):		
Tên:	Mối quan hệ với hội viên:	
Tên người môi giới:	Mã số NPN của người môi giới:	

Thông Tin Về Tôi

1. Vui lòng mô tả tất cả những gì liên quan đến văn hóa, tín ngưỡng, thực hành tôn giáo hoặc bất cứ điều gì khác có ý nghĩa quan trọng với quý vị, những điều có thể giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn.

2. a. Tình hình nhà ở hiện tại của quý vị thế nào?

- ☐ Tôi có nhà ở ổn định
☐ Tôi không có nhà ở (sống với người khác, trong khách sạn, tại một nơi trú ẩn, sống ngoài đường, trên bãi biển, trong ô tô hoặc trong công viên). Giải thích: _____

Quý vị có lo lắng về việc mất nhà ở không?

- ☐ Không ☐ Có, hãy giải thích: _____

3. Quý vị có thấy an toàn cả về thể chất lẫn tinh thần tại nơi mình đang sống không?

- ☐ Có ☐ Không, giải thích: _____

4. Hiện tại quý vị đang sống với ai?

- ☐ Sống một mình ☐ Sống với vợ/chồng, gia đình hoặc bạn bè ☐ Sống với người khác: _____

5. Trong 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện đi lại đáng tin cậy có khiến cho quý vị gặp khó khăn để đến các cuộc hẹn khám bệnh, họp hành, đi làm, hoặc khó để nhận được các vật dụng thiết yếu cho cuộc sống hàng ngày không?

- ☐ Có, điều đó khiến tôi không thể đi khám bệnh.
- ☐ Có, điều đó khiến tôi không thể đến các cuộc hẹn, cuộc họp, xử lý các công việc không liên quan đến y tế, hoặc đi chợ mua thực phẩm hay nhu yếu phẩm khác.
- ☐ Không

6. Trong năm qua, quý vị hoặc bất kỳ người thân nào đang sống cùng quý vị có từng gặp khó khăn để nhận được những thứ sau đây (vì lý do thiếu tiền, không tiếp cận được, hoặc không có sẵn khi cần) không? Chọn tất cả những trường hợp đúng với quý vị.

- ☐ Thực phẩm ☐ Tiện ích sinh hoạt ☐ Điện thoại ☐ Quần áo
(điện, nước, ga, v.v.)
- ☐ Chăm sóc sức khỏe (y tế, nha khoa, thị lực, tinh thần/tâm thần)
- ☐ Những thứ khác: _____ ☐ Không

7. Quý vị có bản chỉ dẫn trước (Advance Directive) hoặc di chúc sống (Living Will) để đảm bảo quy trình y tế được thực hiện theo đúng nguyện vọng của quý vị trong trường hợp quý vị không thể tự đưa ra quyết định (ví dụ: do bệnh tật, chấn thương, v.v.) không?

- ☐ Có, nguyện vọng của tôi đã được ghi chép trong một bản chỉ dẫn trước hoặc một bản di chúc sống.
- ☐ Không, tôi không có tài liệu chỉ dẫn nào được ghi chép trước.

Đánh Giá Cơ Đau

8. Trong vòng 2 tuần qua hoặc hiện tại quý vị có thấy đau gì không?

☐ Không

☐ Có

Quý vị đau nhất ở mức độ nào? (0-10 với 10 là đau nhất)



☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Quý vị đã nói với bác sĩ hoặc ai đó về cách giúp quý vị bớt đau chưa?

- ☐ Có, người đó là ai? _____
- ☐ Không

9. Vui lòng chọn nếu quý vị sử dụng bất kỳ thiết bị nào sau đây:

- ☐ Không có/không dùng bất kỳ thiết bị nào
- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Răng giả | ☐ Thiết bị cảnh báo y tế | ☐ Ghế nâng |
| ☐ Máy trợ thính | ☐ Thiết bị hỗ trợ di chuyển | ☐ Kính/kính áp tròng |
| ☐ Bô vệ sinh/bồn cầu cạnh giường | ☐ Vật tư dành cho chứng đại tiểu tiện không tự chủ (băng vệ sinh, miếng lót) | ☐ Thiết bị hỗ trợ tắm rửa |
| ☐ Khung đỡ/gậy đi bộ | ☐ Xe lăn (bằng tay, bằng điện) | |
| ☐ Thiết bị khác: _____ | | |
| ☐ Liệt kê các thiết bị hay vật tư mà quý vị cần dùng nhưng không có: _____ | | |

Giao Tiếp - Kết Nối

10. Khi có nhu cầu hoặc mối lo ngại về sức khỏe, quý vị nghĩ mình có thể truyền đạt điều đó tới bác sĩ/nhà cung cấp của mình tốt đến mức nào? (bao gồm cả việc giao tiếp với người cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà, dịch vụ y tế, và dịch vụ sức khỏe tinh thần)

- ☐ Tốt, tôi có thể truyền đạt tất cả nhu cầu và mối lo ngại của mình
- ☐ Khá tốt, tôi có thể truyền đạt một số, nhưng không phải tất cả nhu cầu hoặc mối lo ngại của mình
- ☐ Tệ, tôi thường thấy khó để truyền đạt hay giao tiếp với họ. Giải thích: _____

11. Quý vị hiểu rõ như thế nào về các hướng dẫn chăm sóc sức khỏe của mình từ các nhà cung cấp/nhân viên y tế?

- ☐ Tốt, tôi không thấy khó hiểu
- ☐ Tạm ổn, đôi khi tôi thấy khó hiểu
- ☐ Tệ, tôi thường thấy khó hiểu. Giải thích: _____

12. Trình độ học vấn cao nhất của quý vị là gì?

- ☐ Bậc trên trung học phổ thông
- ☐ Tốt nghiệp trung học phổ thông/GED
- ☐ Bậc dưới trung học phổ thông

Sức Khỏe Của Tôi

13. So với những người cùng lứa tuổi, quý vị thấy sức khỏe của mình thế nào? (Vui lòng chọn một.)

- ☐  Rất khỏe
- ☐  Tốt
- ☐  Bình thường
- ☐  Yếu/không khỏe

14. Trong hai tuần qua, quý vị có thường gặp vấn đề sức khỏe nào sau đây không?

	 Không hề	 Vài ngày	 Hơn một nửa số ngày	 Gần như mỗi ngày
a. Ít quan tâm hoặc không hứng thú với mọi việc	☐	☐	☐	☐
b. Buồn bã, chán nản, trầm cảm hoặc tuyệt vọng	☐	☐	☐	☐

15. Quý vị có thường thấy cô đơn hoặc bị cô lập với những người xung quanh không?

- ☐ Không bao giờ
- ☐ Thỉnh thoảng
- ☐ Thường xuyên

16. Căng thẳng là khi ai đó cảm thấy bức bối, lo lắng, bồn chồn hoặc mất ngủ vào ban đêm vì tâm trí họ bị xáo trộn. Quý vị thấy mình căng thẳng ở mức nào?

- ☐ Không hề
- ☐ Phần nào
- ☐ Khá nhiều

17. Quý vị có gặp bất kỳ vấn đề sức khỏe nào sau đây không? Vui lòng chọn tất cả các trường hợp đúng với quý vị.

- | | |
|--|--|
| ☐ Bệnh tim (đau tim, suy tim) | ☐ Huyết áp cao (cao máu) |
| ☐ Bệnh tiểu đường (cao đường) | ☐ Bệnh phổi (hen suyễn, COPD) |
| ☐ Sức khỏe tinh thần (trầm cảm, lo âu) | ☐ Cholesterol cao (cao mỡ) |
| ☐ Bệnh khác (ví dụ: đột quỵ, viêm khớp, ung thư): _____ | |

18. Vui lòng liệt kê các loại thuốc, tần suất và liều lượng quý vị đang dùng, bao gồm cả liệu pháp thay thế và thảo dược bổ sung.

Tên thuốc	Liều lượng/độ mạnh	Quý vị dùng thuốc này bao lâu một lần?

19. Có gì ngăn cản quý vị dùng thuốc theo chỉ định không? (chọn tất cả trường hợp đúng với quý vị)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Không | ☐ Không biết/Không chắc về cách dùng | ☐ Tôi không tin vào thuốc |
| ☐ Không có cách quản lý | ☐ Tác dụng phụ | ☐ Chi phí |
| ☐ Khó lấy thuốc theo toa | ☐ Vận chuyển/tiếp cận | ☐ Vấn đề thị giác (mắt) |
| ☐ Quên uống thuốc | ☐ Lịch uống thuốc | ☐ Lý do khác: _____ |

20. Có mấy ngày trong tuần quý vị tập thể dục ít nhất 30 phút?

- ☐ Không
 ☐ Một hoặc hai
 ☐ Ba hoặc bốn
 ☐ Năm hoặc nhiều hơn

21. Trong năm vừa qua, quý vị có từng phải đi cấp cứu hoặc nằm viện qua đêm hay lâu hơn không?

- ☐ Không
 ☐ Có, bao nhiêu lần? _____

22. Trong năm vừa qua, quý vị bị ngã mấy lần?

- ☐ Không
 ☐ Một hoặc hai
 ☐ Ba hoặc nhiều hơn

Cuộc Sống Hàng Ngày Của Tôi

23. Người chăm sóc: Có ai đó (ví dụ: người nhà, bạn bè, nhân viên chăm sóc tại nhà) thường xuyên chăm sóc quý vị, trông nom nhà cửa cho quý vị, hoặc thường xuyên giúp quý vị làm những việc vặt khác không?

- ☐ Không
 ☐ Có, tên người chăm sóc: _____

24. Quý vị có thể tự làm những việc này tốt đến mức nào?

	 Tôi không cần được giúp đỡ	 Tôi cần được giúp đỡ một chút, hoặc cần sử dụng thiết bị hỗ trợ	 Tôi luôn cần được giúp đỡ
Tắm rửa	☐	☐	☐
Vệ sinh cá nhân (đánh răng, rửa mặt, chải tóc, cạo râu, v.v.)	☐	☐	☐
Mặc đồ	☐	☐	☐
Ra vào phòng vệ sinh/sử dụng bồn cầu	☐	☐	☐
Lên xuống giường hoặc ghế	☐	☐	☐
Đi bộ, không tính leo cầu thang	☐	☐	☐
Mua sắm	☐	☐	☐
Chuẩn bị bữa ăn	☐	☐	☐
Tự ăn uống	☐	☐	☐
Sử dụng điện thoại	☐	☐	☐
Chăm sóc nhà cửa	☐	☐	☐
Giặt ủi	☐	☐	☐

Rượu/Thuốc Lá

25. Quý vị có uống rượu/bia (đồ uống chứa cồn) không?

☐ Không ☐ Có, quý vị có muốn cai rượu hoặc giảm uống rượu không? ☐ Có ☐ Không

26. Quý vị có đang hút thuốc (thuốc lá, xì gà, thuốc hít, thuốc nhai, thuốc lá điện tử) không?

☐ Không ☐ Có, quý vị có muốn cai thuốc hoặc giảm hút thuốc không? ☐ Có ☐ Không

Mục Tiêu Sức Khỏe

27. Mục tiêu của quý vị cho sức khỏe hàng ngày là gì? Chọn ít nhất một mục tiêu sức khỏe dưới đây.

- ☐ Hoàn thành kỳ kiểm tra sức khỏe hàng năm với nhà cung cấp/bác sĩ chăm sóc chính (PCP)
- ☐ Làm tình nguyện viên cho một tổ chức địa phương, chẳng hạn như thư viện, trại cứu hộ động vật hoặc bếp ăn từ thiện
- ☐ Duy trì hoặc tăng cường sức khỏe và khả năng giữ thăng bằng để tránh té ngã
- ☐ Nói chuyện với bác sĩ để xây dựng một kế hoạch tập thể dục thường xuyên
- ☐ Ăn uống theo chế độ dinh dưỡng lành mạnh để duy trì hoặc cải thiện sức khỏe
- ☐ Mục tiêu cá nhân khác: _____

28. Có rào cản nào có thể ngăn cản quý vị đạt được mục tiêu của mình không?

☐ Không

☐ Có – Chọn tất cả những trường hợp đúng:

☐ Thiếu phương tiện đi lại

☐ Thiếu động lực

☐ Thiếu thời gian

☐ Thiếu nguồn lực/thiết bị

☐ Những rào cản khác: _____