

Việc đánh giá rủi ro về sức khỏe này là tự nguyện và các câu trả lời sẽ không ảnh hưởng đến việc ghi danh và quyền lợi bảo hiểm của quý vị.

Tên của hội viên:	Họ của hội viên:	Chữ cái đầu tên đệm:
Số định danh Medicare (MBI):	Ngày sinh:	Ngày điền 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 những người đã giúp hội viên hoàn thành bản đánh giá 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 (Hội Viên)

1. Vui lòng mô tả bất kỳ thông tin văn hóa, tín ngưỡng, hoặc sở thích cá nhân nào nên được xem xét trong quá trình chăm sóc quý vị.

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

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

b. Quý vị có lo lắng về việc mất nơi ở không?

- ☐ Không ☐ Có, giải thích: _____

3. Hiện tại quý vị đang sống với ai?

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

4. Quý vị có cảm thấy an toàn tại nơi mình đang sống không?

- ☐ Có ☐ Không, giải thích: _____

5. Trong 12 tháng qua, quý vị có gặp các vấn đề về phương tiện đi lại gây cản trở khi cần chăm sóc y tế không?

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

6. Trong 12 tháng qua, quý vị có gặp khó khăn trong việc đáp ứng các nhu cầu sống cơ bản không? (Chọn tất cả các mục phù hợp)

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

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 di chúc sống.
- ☐ Không, tôi không có tài liệu chỉ dẫn nào được ghi chép trước.

Đánh Giá Cơ Đau

8. Trong 2 tuần qua, quý vị có bị đau gì không?

- ☐ Không

☐ Có → Quý vị đau nhất ở mức độ nào? (từ 0 tới 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? _____
- ☐ Chưa

9. Vui lòng chọn nếu quý vị dùng bất kỳ vật tư hay thiết bị nào dưới đây:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Không có/không dùng bất kỳ vật tư hay 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/Bồn cầu cạnh giường | ☐ Sản phẩm hỗ trợ đại tiểu tiện không tự chủ (băng vệ sinh, miếng lót) | ☐ Thiết bị hỗ trợ tắm rửa |
| ☐ Gậy/Khung đi bộ | ☐ Xe lăn (bằng tay, bằng điện) | |
| ☐ Vật tư hay thiết bị khác: _____ | | |
| ☐ Liệt kê những gì quý vị cần dùng nhưng không có: _____ | | |

Kết Nối Giao Tiếp

10. Trong 6 tháng qua, quý vị cảm thấy mình có khả năng truyền đạt các mối lo ngại và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của bản thân tới các bác sĩ/nhà cung cấp tốt đến mức nào?

- ☐ Rất tốt ☐ Khá tốt ☐ Không tốt

11. Trong 6 tháng qua, các hướng dẫn từ bác sĩ/nhà cung cấp của quý vị có dễ hiểu không?

☐ Tốt, tôi luôn thấy dễ hiểu

☐ Tạm ổn, thỉnh thoảng tôi thấy khó hiểu

☐ Tệ, tôi luôn thấy khó hiểu

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

☐ Trên trung học phổ thông

☐ Trung học phổ thông/GED

☐ Dưới trung học phổ thông

Sức Khỏe Của Tôi

13. Quý vị đánh giá sức khỏe tổng thể của mình như thế nào nói chung? (Chọn một mục)

☐  Rất khỏe

☐  Tốt

☐  Bình thường

☐  Yếu/không khỏe

14. Trong 2 tuần qua, quý vị có bị ảnh hưởng bởi bất kỳ điều gì sau đây không?

	 Không hề	 Vài ngày	 Hơn một nửa số ngày	 Gần như mỗi ngày
a. Ít hứng thú hoặc không cảm thấy vui khi làm gì đó	☐	☐	☐	☐
b. Cảm thấy chán nản, trầm cảm hoặc tuyệt vọng	☐	☐	☐	☐

15. Trong 12 tháng qua, quý vị có gặp vấn đề gì về trí nhớ hoặc khả năng tư duy không?

☐ Có

☐ Không

☐ Không chắc

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

☐ Không bao giờ

☐ Thỉnh thoảng

☐ Thường xuyên

17. Quý vị có ai đó để nhờ cậy khi cần giúp đỡ không?

☐ Có

☐ Không

18. Trong 4 tuần qua, quý vị đã trải qua mức độ căng thẳng như thế nào?

☐ Không hề

☐ Phần nào

☐ Khá nhiều

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

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

20. Quý vị có thường xuyên dùng thuốc theo đúng chỉ định không?

- ☐ Luôn luôn ☐ Thường xuyên
- ☐ Không bao giờ → Điều gì khiến cho quý vị không thể dùng thuốc theo đúng chỉ định? _____

21. Quý vị có gặp bất kỳ vấn đề sức khỏe nào sau đây không? (Chọn tất cả các mục phù hợp)

Rối loạn tự miễn

- ☐ Viêm da cơ (Dermatomyositis)
- ☐ Viêm nút quanh động mạch
- ☐ Đau đa cơ dạng thấp
- ☐ Viêm đa cơ (Polymyositis)
- ☐ Viêm khớp vảy nến
- ☐ Viêm khớp dạng thấp
- ☐ Xơ cứng bì
- ☐ Lupus ban đỏ hệ thống
- ☐ **Ung thư** (chủ động theo dõi)

Rối loạn tim mạch

- ☐ Rối loạn nhịp tim
- ☐ Suy tim mạn tính
- ☐ Bệnh động mạch vành
- ☐ Bệnh mạch máu ngoại biên
- ☐ Bệnh van tim
- ☐ Rối loạn truyền tắc huyết khối tĩnh mạch mạn tính

☐ **Nghiện rượu hoặc thuốc mạn tính**

Tình trạng tâm thần gây tàn tật mạn tính

- ☐ Rối loạn lưỡng cực
- ☐ Rối loạn trầm cảm nặng
- ☐ Rối loạn hoang tưởng
- ☐ Tâm thần phân liệt
- ☐ Rối loạn tâm thần phân liệt

Bệnh đường tiêu hóa mạn tính

- ☐ Viêm tụy
- ☐ Viêm ruột

Bệnh thận mạn tính/ESRD

- ☐ Phái chạy thận nhân tạo

Rối loạn phổi mạn tính

- ☐ Hen suyễn
- ☐ Viêm phế quản mạn tính
- ☐ Bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính (COPD)
- ☐ Bệnh khí phế thũng

Các bệnh trạng về suy giảm nhận thức

- ☐ Sa sút trí tuệ
- ☐ Bệnh Alzheimer

Các tình trạng gây khó khăn về chức năng

- ☐ Chấn thương tủy sống
- ☐ Tê liệt
- ☐ Viêm khớp

☐ **Bệnh tiểu đường**

☐ **Viêm gan B hoặc**

☐ **Viêm gan C**

Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch

- ☐ HIV/AIDS

Rối loạn thần kinh

- ☐ Xơ cứng teo cơ một bên (ALS)
- ☐ Đau cơ xơ hóa (Fibromyalgia)
- ☐ Hội chứng mệt mỏi mạn tính
- ☐ Chấn thương tủy sống
- ☐ Động kinh
- ☐ Bại não
- ☐ Liệt nặng ở diện rộng (ví dụ: liệt nửa người, liệt tứ chi, liệt hai chi dưới, liệt một chi)
- ☐ Bệnh Huntington
- ☐ Bệnh đa xơ cứng
- ☐ Bệnh Parkinson
- ☐ Bệnh đa dây thần kinh
- ☐ Hẹp ống sống
- ☐ Đột quỵ hoặc khiếm khuyết thần kinh liên quan đến đột quỵ
- ☐ **Gan nhiễm mỡ không do rượu**
- ☐ **Chăm sóc sau ghép tạng**
- Rối loạn huyết học (máu) nghiêm trọng**
- ☐ Thiếu máu bất sản (không tái tạo)
- ☐ Bệnh máu khó đông (Hemophilia)
- ☐ Giảm tiểu cầu miễn dịch
- ☐ Hội chứng rối loạn sinh tủy (loạn sản tủy)
- ☐ Bệnh hồng cầu hình liềm (trừ đặc điểm gen di truyền)

22. Có mấy ngày mỗi tuần quý vị tập thể dục ít nhất 30 phút?

- ☐ 0 ☐ 1 hoặc 2 ☐ 3 hoặc 4 ☐ 5 hoặc nhiều hơn

23. Trong 12 tháng qua, quý vị đã đến phòng cấp cứu hoặc nhập viện mấy lần?

- ☐ 0 ☐ 1 hoặc 2 ☐ 3 hoặc nhiều hơn

24. Trong 12 tháng qua, quý vị bị ngã mấy lần?

☐ 0

☐ 1 hoặc 2

☐ 3 hoặc nhiều hơn

25. Quý vị có lo ngại gì về vấn đề an toàn trong nhà mình không? ví dụ: thảm lót sàn trơn trượt do không được cố định chắc chắn, thiếu ánh sáng, cầu thang hoặc phòng tắm không an toàn, máy dò khói/khí độc (carbon monoxide) không hoạt động, v.v.

☐ Không

☐ Có, giải thích: _____

Cuộc Sống Hàng Ngày Của Tôi

26. Người chăm sóc: quý vị có quản gia hoặc người chăm sóc cá nhân thường xuyên, hoặc có ai đó (ví dụ: người nhà, bạn bè, nhân viên chăm sóc tại nhà) giúp quý vị làm những việc vặt không? Số điện thoại của người chăm sóc quý vị là gì?

☐ Không

☐ Có, tên người chăm sóc: _____

Số điện thoại của người chăm sóc: _____

27. 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	☐	☐	☐
Ra vào 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

28. Quý vị có uống rượu/bia (hoặc các loại đồ uống có cồn khác) không?

- ☐ Không ☐ Có, quý vị có muốn cai hoặc giảm đồ uống có cồn không? ☐ Có ☐ Không

29. 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 hoặc giảm hút thuốc không? ☐ Có ☐ Không

Mục Tiêu Sức Khỏe

30. Mục tiêu sức khỏe của quý vị là gì? (Chọn ít nhất một mục)

- ☐ Thực hiện chế độ ăn uống bổ dưỡng và lành mạnh để duy trì hoặc cải thiện sức khỏe của tôi
☐ Thăm khám sức khỏe hàng năm với nhà cung cấp/bác sĩ chăm sóc chính (PCP) của tôi
☐ Duy trì hoặc tăng cường sức khỏe và thăng bằng để tránh té ngã
☐ Trao đổi với bác sĩ để lập chương trình tập luyện đều đặn
☐ Mục tiêu cá nhân khác: _____

31. Quý vị có tự tin rằng mình sẽ đạt được các mục tiêu này không?

- ☐ Rất tự tin ☐ Khá tự tin ☐ Không tự tin

32. Có rào cản nào khiến quý vị khó đạt được mục tiêu của mình không?

- ☐ Không
☐ Có – Chọn tất cả những lý do phù hợp:
☐ Thiếu phương tiện đi lại ☐ Thiếu động lực
☐ Thiếu thời gian ☐ Thiếu nguồn lực/thiết bị
☐ Những rào cản khác: _____