

**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.

<b>MBI#</b>	<b>ID Hội viên#</b>	<b>Ngày Hiệu lực</b>	<b>Điện thoại Nhà riêng</b>	<b>Chương trình</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tên</b>	<b>Họ</b>	<b>Ngày sinh</b>	<b>Giới tính</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
<b>Địa chỉ</b>	<b>Thành phố</b>	<b>Tiểu bang</b>	<b>Mã Bưu chính</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Điện thoại Di động</b>	<b>Địa chỉ Email</b>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Phương thức giao tiếp ưu tiên của quý vị là gì?  Điện thoại Di động  Email

Quý vị sử dụng bất kỳ thiết bị nào sau đây tại nhà hay không?

<input type="checkbox"/> Máy tính bảng hoặc Điện thoại thông minh	<input type="checkbox"/> Máy tính xách tay hoặc Máy tính để bàn	<input type="checkbox"/> Truyền hình cáp	<input type="checkbox"/> Không có
Quý vị có truy cập internet ở nhà không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có sẵn sàng thăm khám trực tuyến / telehealth với nhà cung cấp của mình không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có muốn tham gia đánh giá Nhóm Chăm sóc Liên ngành (ICT) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc

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

**Bác sĩ Chăm sóc Chính**

**Sales Agent Information**

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

**Name of Staff/Agent/Broker (Print Name)**

**Signature**

**Date**

**Relationship to Enrollee**

**Agent NPN**

**Agent Phone Number**

**Agent License Number**

**FMO**

## Phần A: Y tế

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

Tuyệt vời  Rất tốt  Tốt  Bình thường  Yếu

**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 chủng ngừa Viêm phổi chưa?  Có  Không

Nếu có, khi nào? \_\_\_\_\_

**A9:** Quý vị đã Nội soi đại tràng?  Có  Không

Nếu có, khi nào? \_\_\_\_\_ Địa điểm: \_\_\_\_\_

**A10:** Quý vị có đang sử dụng dịch vụ y tế tại nhà không?  Có  Không

**A11:** Quý vị đã bị ngã trong tháng trước?  Có  Không

**A12:** Bác sỹ có nói với quý vị rằng quý vị bị:

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

**A13:** Quý vị có mẹ, cha, anh/chị em mắc Bệnh tiểu đường hay không?  Có  Không

**A14:** Hiện tại quý vị có hút thuốc lá không?  Có  Không

**A15:** Trung bình quý vị hút bao nhiêu điếu thuốc mỗi ngày? \_\_\_\_\_

**A16:** Quý vị đã hút thuốc bao nhiêu năm rồi? \_\_\_\_\_

**A17:** Quý vị có đang sử dụng Thiết bị Y tế Lâu bền hay các dụng cụ y tế không?  Có  Không

**A18:** Nếu có với A17, vui lòng chỉ định thiết bị hoặc dụng cụ y tế nào dưới đây:

Xe lăn  Khung tập đi  Gậy  Ghế có lỗ

Nệm Hơi  Giường bệnh  Ghế ngồi Vệ sinh  Bim

Máy CPAP/Ngưng thở lúc Ngủ  Ôxy  Ghế tắm  Ống thông

Khác: \_\_\_\_\_

**Phần A: Y tế****A19:** Quý vị bị dị ứng thuốc gì? \_\_\_\_\_**A20:** Tỉnh thoảng quý vị có quên uống thuốc không?  Có  Không**A21:** Quý vị uống thuốc gì? \_\_\_\_\_**A22:** Quý vị đã được tiêm vắc-xin COVID hay chưa?  Có  Không

Vòng tròn tên vắc-xin: Moderna / Pfizer / Johnson &amp; Johnson (Janssen) / Covidencia / Khác: \_\_\_\_\_

**Nếu Có:** Ngày tiêm liều đầu tiên: \_\_\_\_\_ Ngày tiêm liều thứ hai: \_\_\_\_\_**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**B5:** Quý vị hiện đang trong quá trình phục hồi vì sử dụng rượu hoặc chất kích thích?  Có  Không**Rượu:**

Một ly =

**B6 : Nam giới:** Bao nhiêu lần trong năm qua quý vị đã uống từ 5 ly trở lên trong một ngày?  Không có  1 trở lên**B7: Phụ nữ:** Bao nhiêu lần trong năm qua quý vị đã uống từ 4 ly trở lên trong một ngày?  Không có  1 trở lên**B8:** Bao nhiêu lần trong năm qua quý vị đã sử dụng thuốc kích thích hoặc sử dụng thuốc theo toa không vì lý do y tế?  Không có  1 trở lên

Thuốc kích thích bao gồm methamphetamines (tốc độ, tinh thể), cần sa (cần sa, lọ), chất hít (chất pha loãng sơn, bình xịt, keo dán), thuốc an thần (Valium), thuốc an thần, cocaine, thuốc lắc, chất gây ảo giác (LSD, nấm), hoặc ma túy (heroin).

**Phần B: Sức khỏe Hành vi****B9:** Quý vị có thường cảm thấy mình thiếu bạn đồng hành hay không? Hầu như không bao giờ  Đôi khi  Thường xuyên  Gần như hàng ngày**B10:** Quý vị có thường cảm thấy bị bỏ rơi hay không? Hầu như không bao giờ  Đôi khi  Thường xuyên  Gần như hàng ngày**B11:** Quý vị có thường cảm thấy mình bị cô lập với những người khác hay không? Hầu như không bao giờ  Đôi khi  Thường xuyên  Gần như hàng ngày**Phần C: Sinh hoạt Hàng ngày****C1:** Quý vị có:  Snore  Stop breathing while sleeping  Không áp dụng**C2:** Trong khi ngủ quý vị có từng:  Resulted in a car crash  Dẫn đến sự cố bỏ lỡ khi lái xe Không áp dụng**C3:** Buổi tối, quý vị: Thức dậy thở hổn hển hoặc nghẹt thở Thường xuyên tỉnh giấc Thức dậy đi vệ sinh Không áp dụng**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? Không áp dụng**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 Không áp dụng**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: Chỉ số Barthel**

Đối với mỗi phần, vui lòng chọn một ô mô tả đúng về quý vị nhất:

<b>CHO ĂN</b>	
Không thể	0 <input type="checkbox"/>
Nhu cầu giúp cắt, phết bơ, v.v. hoặc yêu cầu chế độ ăn uống điều chỉnh	5 <input type="checkbox"/>
Độc lập	10 <input type="checkbox"/>
<b>TẮM GỘI</b>	
Người phụ thuộc	0 <input type="checkbox"/>
Độc lập (hoặc trong phòng tắm)	5 <input type="checkbox"/>
<b>VỆ SINH</b>	
Cần trợ giúp về chăm sóc cá nhân	0 <input type="checkbox"/>
Mặt/tóc/răng/cạo râu độc lập (cung cấp dụng cụ)	5 <input type="checkbox"/>
<b>MẶC QUẦN ÁO</b>	
Người phụ thuộc	0 <input type="checkbox"/>
Cần giúp đỡ nhưng có thể làm được khoảng một nửa mà không cần sự trợ giúp	5 <input type="checkbox"/>
Độc lập (bao gồm các nút, khóa kéo, dây buộc, v.v.)	10 <input type="checkbox"/>
<b>ĐI VỆ SINH</b>	
Không tự chủ (hoặc cần được thụt tháo)	0 <input type="checkbox"/>
Tai nạn không thường xuyên	5 <input type="checkbox"/>
Có thể tự chủ	10 <input type="checkbox"/>
<b>ĐI TIỂU</b>	
Không tự chủ, hoặc đặt ống thông và không thể xoay sở một mình	0 <input type="checkbox"/>
Tai nạn không thường xuyên	5 <input type="checkbox"/>
Có thể tự chủ	10 <input type="checkbox"/>
<b>SỬ DỤNG NHÀ VỆ SINH</b>	
Người phụ thuộc	0 <input type="checkbox"/>
Cần một số trợ giúp, nhưng có thể làm điều gì đó một mình	5 <input type="checkbox"/>
Độc lập (bật và tắt, mặc quần áo, lau chùi)	10 <input type="checkbox"/>
<b>CHUYỂN (GIƯỜNG SANG GHẾ VÀ TRỞ LẠI)</b>	
Không thể, không ngồi thẳng bằng được	0 <input type="checkbox"/>
Trợ giúp chính (một hoặc hai người, thể chất), có thể ngồi	5 <input type="checkbox"/>
Trợ giúp nhỏ (bằng lời nói hoặc thể chất)	10 <input type="checkbox"/>
Độc lập	15 <input type="checkbox"/>
<b>VẬN ĐỘNG (TRÊN CÁC BỀ MẶT BẰNG PHẪNG)</b>	
Bất động hoặc < 50 thước	0 <input type="checkbox"/>
Không phụ thuộc vào xe lăn, kể cả các góc, > 50 thước	5 <input type="checkbox"/>
Đi bộ với sự trợ giúp của một người (bằng lời nói hoặc thể chất) > 50 thước	10 <input type="checkbox"/>
Độc lập (nhưng có thể sử dụng bất kỳ trợ giúp nào; ví dụ: gậy) > 50 thước	15 <input type="checkbox"/>
<b>CẦU THANG</b>	
Không thể	0 <input type="checkbox"/>
Cần trợ giúp (bằng lời nói, thể chất, hỗ trợ mang theo)	5 <input type="checkbox"/>
Độc lập	10 <input type="checkbox"/>

**TỔNG ĐIỂM (0-100):**