

OneCare Plan

ارزیابی ریسک سلامت

OneCare (HMO D-SNP)، یک برنامه Medicare Medi-Cal می‌خواهد به شما امکان دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی خوب را بدهد که نیازهای سلامتی شما را برآورده می‌کند. پاسخ شما به این سوالات نظرسنجی به ما در ارائه خدمات بهتر به شما کمک می‌کند. ما اطلاعات شما را خصوصی نگه می‌داریم و پاسخ‌های شما را فقط با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) و کسانی که شما را درمان می‌کنند یا به شما کمک می‌کنند تا نیازهای سلامتی خود را برآورده کنید، به اشتراک می‌گذاریم. پر کردن این نظرسنجی تأثیری بر دسترسی شما به خدمات مراقبت‌های بهداشتی نخواهد داشت.

یکی از اعضای تیم OneCare می‌تواند این سوالات را از طریق تلفن، از طریق تماس ویدیویی یا حضوری از شما بپرسد. برای درخواست کمک برای تکمیل این نظرسنجی، با خدمات مشتری OneCare رایگان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** تماس بگیرید. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می‌کنند. لطفاً در صورت نیاز به راهنمایی برای تکمیل این نظرسنجی با این شماره تماس بگیرید. اگر برای این نظرسنجی به کمک نیاز دارید، لطفاً آن را پر کنید و در اسرع وقت با استفاده از پاکت از پیش پرداخت شده هزینه پستی، برای ما ارسال کنید.

نام خانوادگی:	نام :	شبکه درمانی:
شماره عضویت CalOptima (CIN):	تلفن (منزل):	تلفن (تلفن همراه):
آدرس:	ایمیل:	
قد:	وزن:	تاریخ امروز:
تاریخ تولد:	جنسیت:	

دستورالعمل:

- a. لطفاً هر سؤال را بخوانید و کادر را به شکل زیر علامت بزنید: برای جوابتان.
- b. برخی از سوالات از شما می‌خواهند که پاسخی را روی خط بنویسید. لطفاً پاسخ‌های خود را در خط کنار سوال بنویسید.

با تشکر!

1. آیا کسی به شما در تکمیل این نظرسنجی کمک کرده است؟
 بله، مراقب من بله، قیم قانونی من بله، خانواده یا دوست
 نه، من نظرسنجی را خودم تکمیل کردم
 سایر موارد (لطفاً توضیح دهید): _____

a. اگر بله، چرا به کمک نیاز دارید؟
 نمیتوانم خوب ببینم نمیتوانم به خوبی بخوانم بعضی سوالات رو متوجه نمیشم
 سایر موارد (لطفاً توضیح دهید): _____

2. چه زبانی را ترجیح می دهید صحبت کنید؟
 انگلیسی اسپانیایی ویتنامی عربی کره ای
 فارسی چینی کانتونی چینی ماندربین غیره: _____

سوابق پزشکی گذشته و حال

3. به طور کلی، آیا می گوئید سلامتی شما به چه صورت است:
 خیلی خوب خوب متوسط بد

4. آخرین باری که ارائه دهنده مراقبت های اولیه (PCP) یا پزشک خود را دیدید چه زمانی بود؟
 کمتر از 6 ماه گذشته بین 6-12 ماه گذشته بیشتر از 1 سال گذشته هرگز

5. آیا شما یکی از موارد زیر را داشته اید؟ (یک X را در کادر کنار مواردی که دارید علامت بزنید.)
 واکسن یا اسپری آنفولانزا در یک سال گذشته
 واکسن ذات الریه در 5 سال گذشته
 واکسن زونا (هرپیس-زوستر) در 5 سال گذشته
 آزمایشات غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد در سال گذشته
 ماموگرام در 2 سال گذشته (فقط برای خانم ها)
 پاپ اسمیر در 3 تا 5 سال گذشته (فقط برای خانم ها)
 آزمایش تراکم استخوان (آزمایش پوکی استخوان)

6. آیا در 3 ماه گذشته به شما گفته شده است که باید عمل جراحی انجام دهید، اما آن را انجام نداده اید؟
 بله خیر توصیه گردید اما من نپذیرفتم

نام جراحی توصیه شده: _____

7. وضعیت سلامت شما در حال حاضر به چه صورت است؟ (در کادر کنار شرایطی که دارید یک X علامت بزنید.)
 آلزایمر یا فراموشی فشار خون بالا
 اضطراب ایدز و اچ آی وی
 آسم بیماری کلیوی
 اختلال روانی دو قطبی مشکلات کبد
 برونشیت مزمن و بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) ام اس (Multiple sclerosis)
 افسردگی پارکینسون
 دیابت یا بیماری قند اسکیزوفرنی (Schizophrenia)
 سرعت یا بیماری تشنج سکتة مغزی

نارسایی قلبی

هیپاتیت C

بیماری تیروئید

مشکلات دیگر (لطفاً بیماری را

در اینجا بنویسید):

8. آیا تغییراتی در تفکر، یادآوری یا تصمیم‌گیری داشته‌اید؟

بله خیر

9. آیا مشکل سلامتی دارید که احساس می‌کنید در حال بدتر شدن است؟

بله خیر اگر بله، مشکل(های) را فهرست کنید:

10. آیا زخم، جراحت یا پارگی پوستی دارید که برای آن تحت درمان قرار نگرفته‌اید؟

بله خیر

اگر جواب شما مثبت است، لطفاً توضیح دهید:

11. چند داروی تجویز شده یا نسخه‌ای مصرف می‌کنید؟ هیچ 1 تا 5 دارو 6 دارو یا بیشتر

12. "من می‌خواهم از شما بپرسم که فکر می‌کنید شرایط سلامتی خود را چگونه مدیریت می‌کنید"

a. آیا برای مصرف داروهایتان نیاز به کمک دارید؟ بله خیر

b. آیا برای تکمیل فرم‌های سلامت به کمک نیاز دارید؟ بله خیر

c. آیا برای پاسخ دادن به سوالات در طول ویزیت پزشک به کمک نیاز دارید؟ بله خیر

13. آیا در حال حاضر در تهیه کردن داروهای تجویز شده نسخه‌ای خود مشکلی دارید؟ بله خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، چه دارویی؟

14. در 6 ماه گذشته، چند بار به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده‌اید؟

هرگز 1 بار 2 بار یا بیشتر

15. در 12 ماه گذشته، چند بار بستری شدید و یک شب در بیمارستان ماندید؟

هرگز 1 بار 2 بار یا بیشتر

16. نگرانی اصلی شما در مورد سلامتیتان چیست؟

مراقبت‌های تخصصی

17. آیا در حال حاضر تحت مراقبت‌های متخصص قرار دارید؟ متخصصان، پزشکانی مانند جراحان، پزشکان قلب، پزشکان پوست،

متخصصان سلامت روان و سایر پزشکانی هستند که در یک زمینه مراقبت‌های درمانی دارا اختصاص هستند.

بله خیر

اگر جواب شما مثبت است، نام متخصص یا متخصص‌های شما چیست و تخصص آنها در چه زمینه‌ای است؟

18. آخرین باری که به متخصص مراجعه کردید کی بود؟
 کمتر از 6 ماه گذشته 6 تا 12 ماه گذشته بیشتر از یکسال گذشته
19. آیا دردی دارید که بر فعالیت های روزانه شما تأثیر می گذارد؟
 بله خیر
 اگر جواب شما مثبت است، درد کدام قسمت از بدن شماست؟
 امتیاز از 1 تا 10 (1 کمترین تا 10 بیشترین درد): _____
 اگر درد شما 5 یا بیشتر است، برای کمک به درد چه کاری انجام می دهید؟

20. آیا سرطان دارید؟
 بله خیر
 اگر جواب شما مثبت است، چه نوع سرطانی دارید؟

 آیا اکنون تحت معالجه سرطان هستید؟
 بله خیر
21. آیا در سال گذشته پیوند عضو دریافت کردید؟
 بله خیر
 a. اگر جواب شما مثبت است، چه نوع پیوندی داشتید؟

22. آیا تحت درمان دیالیز هستید؟
 بله خیر
23. آیا در حال حاضر باردار هستید؟ (فقط برای خانم ها)
 بله خیر N/A
 اگر جواب شما مثبت است، چه زمانی وضع حمل میکنید؟

 آیا در حال حاضر خدمات مراقبت دوران بارداری (prenatal care) را دریافت میکنید؟
 بله خیر
- وضعیت زندگی و عملکرد روزانه
24. شرایط فعلی زندگی شما چیست؟
 تنها زندگی میکنم بی خانمان هستم
 با همسر، همدم، دوست یا خویشاوند زندگی میکنم در مسافر خانه زندگی میکنم
 با یک مراقبت کننده دستمزدگیر زندگی میکنم غیره:
- _____
- در یک مرکز مراقبتی زندگی میکنم
25. آیا می توانید در امنیت کامل در منزل خود زندگی کنید و به راحتی در اطراف خانه خود حرکت کنید؟
 بله خیر
 اگر پاسخ شما خیر است، آیا محل زندگی شما شرایط زیر را دارد:
 a. نور کافی بله خیر
 b. وسایل گرمایشی بله خیر
 c. وسایل خنک کننده و کولر بله خیر

- d. نرده اطراف پله ها و رمپ بله خیر
- e. آب گرم بله خیر
- f. دستشویی داخل ساختمان بله خیر
- g. در خروجی مجهز به قفل بله خیر
- h. راه پله برای ورود به خانه یا پله های داخل خانه بله خیر
- i. آسانسور بله خیر
- j. فضای مناسب برای استفاده صندلی چرخدار بله خیر
- k. راه خروجی بدوم مانع رفت و آمد بله خیر

26. آیا طی ماه گذشته زمین خورده اید؟ بله خیر

a. آیا نگران این هستید که ممکن است زمین بخورید؟ بله خیر

27. آیا برای هیچ یک از کارهای زیر به کمک نیاز دارید؟

- a. حمام یا دوش گرفتن بله خیر
- b. بالا رفتن از پله ها بله خیر
- c. غذا خوردن بله خیر
- d. لباس پوشیدن بله خیر
- e. مسواک زدن، شانه زدن مو، تراشیدن صورت بله خیر
- f. درست کردن غذا یا آشپزی بله خیر
- g. بلند شدن از تخت یا صندلی بله خیر
- h. خرید و تهیه غذا بله خیر
- i. استفاده از دستشویی بله خیر
- j. راه رفتن بله خیر
- k. شستن ظروف یا لباس بله خیر
- l. نوشتن چک و رسیدگی به مسائل مالی بله خیر
- m. رفت و آمد به دکتر یا برای دیدن دوستانتان بله خیر
- n. انجام کارهای منزل یا حیاط بله خیر
- o. رفتن به دیدن دوستان و خویشاوندان بله خیر
- p. استفاده از تلفن بله خیر
- q. پیگیری و برنامه ریزی قرار ملاقات ها بله خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، آیا برای انجام این کارها کمک های لازم را دریافت می کنید؟ بله خیر

28. آیا اعضای خانواده یا شخص دیگری را دارید که در صورت لزوم مایل و قادر به کمک به شما باشند؟ بله خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، نام و نسبت این شخص را بنویسید _____

29. آیا تا به حال فکر کرده اید که شخص مراقبت کننده شما به سختی تمام کمک هایی که نیاز دارید را به شما ارائه میکند؟

بله خیر

a. اگر جوابتان مثبت است، فکر میکنید شخص مراقبت کننده شما به چه کمکهایی نیاز دارد؟

30. آیا مشکلاتی با دندان های خود دارید که شما را از خوردن یک رژیم غذایی سالم باز می دارد؟
 بله خیر

a. اگر جواب شما مثبت است، لطفا توضیح دهید:

31. آیا اغلب برای شما سخت است که غذا یا مایعات را بدون احساس خفگی قورت دهید؟ بله خیر

سلامت روانی

32. در 2 هفته گذشته، آیا علاقه یا میل خیلی کمی به انجام کارها داشته اید؟
 به هیچ وجه چند روز بیشتر از نصف روزها تقریباً هر روز

33. آیا در 2 هفته گذشته احساس دلنگی، یاس یا ناامیدی داشته اید؟
 به هیچ وجه چند روز بیشتر از نصف روزها تقریباً هر روز

34. در 30 روز گذشته، چند روز احساس تنهایی کرده اید؟
 هرگز - من اصلاً احساس تنهایی نمیکنم کمتر از 5 روز
 بیشتر از نصف روزها (بیشتر از 15 روز) بیشتر روزها - من همیشه احساس تنهایی میکنم

35. آیا از کسی می ترسید یا شخصی به شما آزار میرساند یا آسیب می زند؟ بله خیر

a. آیا شخصی بدون اجازه شما پولهایتان را خرج میکند؟ بله خیر

خدمات دریافت شده

36. آیا از هیچ یک از کمک ها و لوازم زیر استفاده می کنید؟ (در کادر کنار وسایل کمکی که استفاده می کنید یک علامت X بزنید.)

بریس، پشت بند یا اندام مصنوعی تزریقات (مانند داروهای وریدی)
 Catheter (urinary) کیسه یا لوازم اوستومی (مخصوص تخلیه روده)
 CPAP یا BiPAP (دستگاهی تنفسی برای کمک به اکسیژن

خوابیدن)

لوازم مخصوص دیابت (دستگاه اندازه گیری گلوکز و تراکتوستومی (لوله تنفسی نای) یا لوازم ساکشن
(غیره)

پوشک یا لوازم بی اختیاری لوازم تغذیه از طریق لوله

سمعک واکر یا عصا

تخت بیمارستانی صندلی چرخ دار

اگر از هیچ یک از این لوازم کمکی استفاده نمی کنید، آیا به هیچ یک از آنها نیاز دارید؟ بله خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفا نام ببرید:

37. آیا گاهی پیش آمده که برای پرداخت هزینه غذا، اجاره، قبض و دارو پول ندارید؟ بله خیر

a. اگر جواب شما مثبت است، لطفا توضیح دهید:

38. آیا در حال حاضر به هیچ کدام از خدمات Medi-Cal دسترسی دارید؟

- کمک رفت و آمد کمک به پرداخت قبض آب و برق (CARE/FERA)
- خدمات سرپایی الکل یا مواد مخدر منطقه خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)
- خدمات سلامت روان منطقه مرکز منطقه ای اورنج کانتی (RCOC)
- برنامه های کمک غذایی (Meals on Wheels+) خدمات مسکن
- خدمات دندانپزشکی (CalFresh، بانک های غذا)
- خدمات دندانپزشکی منابع دیگر جامعه: _____

39. آیا علاقه مند به کسب اطلاعات در مورد منابع ذکر شده در بالا هستید؟ بله خیر

سوابق اجتماعی

40. آیا سیگار می کشید یا از سیگار الکتریکی یا تنباکو استفاده می کنید؟ بله خیر

اگر بله، آیا برای ترک سیگار کمک می خواهید؟ بله خیر

41. هر چند وقت یکبار نوشیدنی می خورید که الکل در آن وجود دارد؟

- هرگز یک بار یا کمتر در ماه 2-4 مرتبه در ماه 2-3 مرتبه در هفته
- 4 بار یا بیشتر در هفته

42. در یک روز معمولی که مشروب می خورید چند نوشیدنی (که دارای الکل است) می خورید؟

- 1-2 3-4 5 تا یا بیشتر

برنامه ریزی مراقبت درمانی

43. آیا فرد دیگری را دارید که برای تصمیم گیری در زمینه گزینه های مراقبت درمانی و سایر انتخابها به شما کمک کند؟

- نه، من میتوانم شخصا انتخابهایم را انجام دهم
- بله، من یک دوست یا خویشاوند دارم اسم و نسبت _____
- بله، من سرپرست قانونی دارم اسم و نسبت _____

44. آیا دستورالعمل پیش دستور برای دریافت مراقبت های درمانی دارید؟ (پیش دستور مدرکی است که به پزشکان و بیمارستان ها می گوید

در صورتی که نتوانید خودتان صحبت کنید، چه کاری انجام دهند.) بله خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، به چه صورتی؟

- وصیت نامه وکالت نامه برای خدمات پزشکی
- وکالتنامه پروکسی برای دستورات پزشک برای ادامه زندگی و درمان (POLST)
- تصمیمات پزشکی
- اگر نه، آیا می خواهید با کسی در مورد دریافت دستورالعمل قبلی صحبت کنید؟ بله خیر

45. آیا اعتقادات فرهنگی و مذهبی دارید که بر انتخاب درمانی شما تأثیر بگذارد؟

- بله خیر

اگر جواب شما مثبت است > میتوانید توضیح دهید؟

46. ترجیح می‌دهید اطلاعات کتبی مربوط به سلامتی رابه چه زبانی دریافت کنید؟
- انگلیسی اسپانیایی ویتنامی عربی
- کره ای فارسی چینی قدیمی
- غیره: _____

47. شما ترجیح می‌دهید در چه قالبی اطلاعات بهداشت و سلامت را دریافت کنید؟
- کتبی (چاپ شده روی کاغذ)
- کتبی (چاپ شده با حروف بزرگ تر)
- خط بریل
- صوتی یا CD

48. اهداف مراقبتی شما چیست؟

. OneCare (HMO D-SNP)، که یک برنامه Medicare Medi-Cal Plan است، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare می‌باشد. ثبت نام در OneCare بستگی به تجدید قرارداد دارد. برنامه OneCare طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. با بخش خدمات مشتریان OneCare Connect با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711) در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته > تماس بگیرید. به وبسایت ما سر بزنید www.caloptima.org/OneCare

پیوست:

• درج اطلاعاتی، Notice of Nondiscrimination Insert