



# Bản Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe cho

## DualChoice

## Hội viên IEHP DualChoice

Tại IEHP DualChoice (HMO D-SNP), chúng tôi mong muốn mang lại cho quý vị các dịch vụ chăm sóc tốt nhất có thể. Vui lòng hoàn thành bản Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe này để giúp chúng tôi biết được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến quyền lợi của quý vị theo bất kỳ cách nào. Chúng tôi có thể bảo quý vị bỏ qua một số câu hỏi. Quý vị có thể hoàn thành khảo sát này theo một trong bốn cách:

1. **Trực tiếp:** Một Nhân viên IEHP có thể gặp quý vị để giúp quý vị điền mẫu đơn.
2. **Qua Điện thoại:** Một Nhân viên IEHP có thể gọi cho quý vị để điền mẫu đơn.
3. **Qua Thư:** Quý vị có thể điền đơn và gửi lại trong phong bì được gửi kèm.
4. **Trực tuyến:** Quý vị có thể hoàn tất bản đánh giá trực tuyến bằng cách dùng Cổng thông tin Hội viên.

Nếu quý vị muốn điền mẫu trực tiếp hoặc qua điện thoại, hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice và yêu cầu điền một bản “Đánh giá Nguy cơ Sức khỏe”. Số điện thoại để gọi là 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY/TDD xin gọi số 1-800-718-4347. Vui lòng chuẩn bị sẵn Số ID hội viên IEHP DualChoice của quý vị khi quý vị gọi.

## SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ

1. Quý vị muốn nói và đọc bằng ngôn ngữ nào?

	Nói	Đọc
Tiếng Anh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiếng Tây Ban Nha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ngôn ngữ ký hiệu của Mỹ (ASL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Khác**

---

2. Quý vị có gặp vấn đề để nhìn, nghe hoặc nói không? (Vui lòng đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)

Nhìn

Nghe

Nói

Không có

3. Nói chung, quý vị đánh giá thế nào về tình trạng sức khỏe của mình?

Tuyệt vời

Rất Tốt

Tốt

Khá

Kém

4. Quý vị có mắc, hay đã được điều trị, bất kỳ tình trạng bệnh nào sau đây trong vòng 12 tháng qua không?

(Vui lòng đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)

Viêm khớp

Rối loạn Ăn uống

Bệnh Gan

Hen suyễn

*Ví dụ: Biếng ăn, Ăn vô độ*

Vấn đề về Trí Nhớ

Trầm cảm/Lo âu

Vấn đề về Tim

*Ví dụ: Mất trí, Alzheimer*

Ung thư

*Ví dụ: Suy tim Sung*

Cấy ghép Bộ phận Cơ thể

COPD (Bệnh Phổi Tắc

*Huyết, Bệnh Động mạch*

Mang thai

ngheñ Mạn tính)

*Vành, Loạn nhịp tim*

Co giật

Khuyết tật Phát triển

Huyết áp Cao

Thiếu máu Tế bào Liềm

*Ví dụ: Tự kỷ, Bại não,*

Bệnh truyền nhiễm

Đột quy

*Hội chứng Down*

Tiểu đường

*Ví dụ: Viêm gan,*

Khác (vui lòng nêu rõ):

*HIV/AIDS*

\_\_\_\_\_

Bệnh Thận

Không có

*Ví dụ: Chạy Thận, Bệnh*

*Thận Giai đoạn Cuối*

5. Quý vị đang dùng bao nhiêu loại thuốc?

0

1-5

6-10

11+

6. A. Trong bốn tuần qua, cơn đau ảnh hưởng bao nhiêu đến các hoạt động bình thường của quý vị?

Hoàn toàn không

Một chút

Vừa phải

Khá nhiều

Rất nhiều

B. Quý vị hiện có được điều trị giảm đau không?

Có

Không

7. A. Hiện quý vị có đang dùng bất kỳ vật dụng hay thiết bị nào sau đây không? (Vui lòng đánh dấu tất cả các

lựa chọn thích hợp)

Gậy chống/nạng

Nguồn tiếp liệu tiểu

Máy thở

Khung Tập Đi

đường

Ôxy

Xe Lăn

Sản phẩm giúp trị tiêu,

Theo dõi huyết áp

Chân tay giả

tiêu không kiểm soát

Kính mắt/Kính áp tròng

Bồn cầu di động

Vật tư cho hậu môn giả

Máy Trợ Thính

Giường Bệnh viện/Dụng

Máy xông khí dung

Khác (hãy nêu rõ)

cụ nâng Hoyer Lift

Vật dụng để hút

\_\_\_\_\_

Đồ tiếp liệu cho ăn

Vật dụng chăm sóc

Không có

bằng ống

vết thương

C-Pap hay Bi-Pap

B. Hiện quý vị có cần giúp đỡ để lấy bất kỳ vật dụng hay thiết bị nào không?

Có

Không

8. Trong năm qua, quý vị có thăm khám với Bác sĩ Chăm sóc Chính của mình không?

Có

Không

9. Trong 3 tháng qua, quý vị đã tới Phòng Cấp cứu bao nhiêu lần?

Không có

1

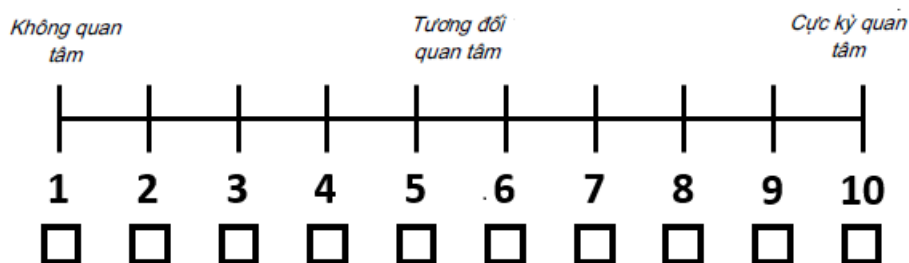
2

3+

10. A. Hiện quý vị có hút thuốc hay sử dụng sản phẩm thuốc lá không (bao gồm thuốc lá điếu, nhai, tẩu, cigar, hay thuốc lá điện tử)?

- Có
- Không (*Tới Câu hỏi 11*)
- Từng hút trước đây (*Tới Câu hỏi 11*)

B. Quý vị quan tâm đến việc bỏ thuốc lá đến mức độ nào, theo thang điểm 1-10? (*1 nghĩa là không quan tâm, và 10 nghĩa là rất quan tâm*)



11. Quý vị uống năm đơn vị đồ uống có cồn hoặc nhiều hơn trong một lần với mức độ thường xuyên thế nào?

- Chưa bao giờ
- Hàng tháng
- Hàng tuần
- Hàng ngày (hoặc gần như hàng ngày)

12. Quý vị có sử dụng bất kỳ loại thuốc hay thuốc kê toa nào theo cách không được chỉ định trong toa thuốc không?



Có

Không (*Nếu quý vị cũng trả lời “Không bao giờ” ở Câu hỏi 11, hãy Tới Câu hỏi 14*)

13. Hãy trả lời các câu hỏi sau:

- |   | <b>Có</b>                | <b>Không</b>             |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Quý vị có từng nghĩ là quý vị nên giảm uống rượu hay dùng thuốc khác không?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Quý vị có từng cảm thấy khó chịu khi mọi người nhận xét về việc uống rượu hay dùng thuốc khác của quý vị không?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Quý vị có từng cảm thấy tội tệt hay tội lỗi về việc uống rượu hay dùng thuốc khác của quý vị không?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Quý vị có từng uống rượu hay dùng thuốc khác để giảm các triệu chứng vật vã khi cai hay loại bỏ cảm giác mệt mỏi sau say rượu không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## HỖ TRỢ CỦA QUÝ VỊ

14. A. Quý vị có cần giúp đỡ với bất kỳ hoạt động nào sau đây không? (Trả lời Có/Không cho mỗi hoạt động

riêng lẻ)

	CÓ	KHÔNG
a. Tắm bồn hay tắm vòi sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Đi lên cầu thang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ăn uống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mặc quần áo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Chải răng, chải tóc, cạo râu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Chuẩn bị hay nấu bữa ăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ra khỏi giường hay ghế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Đi chợ mua thực phẩm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Sử dụng bồn cầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Đi bộ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Rửa chén hay giặt đồ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Viết chi phiếu hay theo dõi chi tiêu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Đi xe đến khám bác sĩ hay gặp bạn bè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Làm việc nhà hay làm vườn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Ra ngoài để thăm gia đình hay bạn bè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

p. Dừng điện thoại

q. Theo dõi các cuộc hẹn

B. Nếu có, quý vị có đang nhận được sự giúp đỡ quý vị cần cho các hoạt động này không?

Có

Không

15. A. Quý vị có thể sinh sống an toàn và di chuyển dễ dàng quanh nhà mình không?

Có (Trở lại Câu hỏi 16)

Không

B. Nếu không, nơi quý vị sống có: (Trả lời Có/Không cho mỗi vật dụng riêng lẻ)

	CÓ	KHÔNG
a. Hệ thống chiếu sáng tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hệ thống sưởi tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hệ thống làm mát tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tay vịn cho bất kỳ cầu thang hay lối lên nào	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nước nóng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bồn vệ sinh trong nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Một cánh cửa ra ngoài có khóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Cầu thang đi vào nhà hoặc cầu thang trong nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Thang máy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Không gian để sử dụng xe lăn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Các lối đi thông thoáng để ra khỏi nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Tôi muốn hỏi về việc quý vị nghĩ sao về việc quý vị quản lý tình trạng sức khỏe của quý vị.

- |  | <b>Có</b>                | <b>Không</b>             |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Quý vị có cần giúp đỡ để dùng thuốc không?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Quý vị có cần giúp đỡ để điền các mẫu đơn sức khỏe không?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Quý vị có cần giúp đỡ để trả lời các câu hỏi trong buổi hẹn thăm khám với Bác sĩ không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Quý vị có thành viên gia đình hay người khác sẵn sàng và có thể giúp quý vị khi cần không?

Có

Không (Tới Câu hỏi 19)

18. Quý vị có bao giờ cho rằng người chăm sóc quý vị gặp khó khăn khi cung cấp cho quý vị sự giúp đỡ mà quý vị cần không?

Có

Không

19. A. Quý vị có sợ hãi một ai đó, hay có ai đó đang gây tổn hại cho quý vị không?

Có

Không

B. Có ai đang dùng tiền của quý vị mà không được sự đồng ý của quý vị không?

Có

Không

20. Quý vị có bất kỳ thay đổi nào về khả năng suy nghĩ, nhớ, hay ra quyết định không?

Có

Không

21. A. Quý vị có bị ngã trong tháng vừa qua không?

Có

Không

B. Quý vị có lo sợ bị ngã không?

Có

Không

22. Quý vị có đôi khi bị hết tiền để trả cho thực phẩm, thuê nhà, hóa đơn, và thuốc không?

Có

Không



23. Trong tháng qua (30 ngày), có bao nhiêu ngày quý vị cảm thấy cô đơn? (Đánh dấu một lựa chọn)

Không có – Tôi không bao giờ cảm thấy cô đơn

Ít hơn 5 ngày

Nhiều hơn một nửa số ngày (hơn 15 ngày)

Hầu hết các ngày – Tôi luôn cảm thấy cô đơn

24. Trong tháng qua (30 ngày), quý vị có thường xuyên cảm thấy căng thẳng, lo âu, hay trầm cảm?

Gần như mỗi ngày

Đôi khi

Hiếm khi

Chưa bao giờ

25. A. Quý vị có đang nhận được bất kỳ nguồn trợ giúp nào sau đây trong cộng đồng của mình không?

(Vui lòng đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hỗ trợ thực phẩm                   | <input type="checkbox"/> Giáo dục về sức khỏe                     | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ sức khỏe tinh thần/ Dịch vụ chống rối loạn |
| <input type="checkbox"/> Hỗ trợ nhà ở/<br>vô gia cư         | <input type="checkbox"/> Các chương trình hỗ trợ<br>năng lượng    | <input type="checkbox"/> Dịch vụ chống lạm dụng chất gây nghiện                 |
| <input type="checkbox"/> Dịch vụ chuyên chở                 | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ cho người<br>cao niên        | <input type="checkbox"/> Dịch vụ cho cựu chiến binh                             |
| <input type="checkbox"/> Dịch vụ người<br>chăm sóc          | <input type="checkbox"/> Các dịch vụ dành cho<br>người khuyết tật | <input type="checkbox"/> Khác (xin hãy nêu rõ)<br>_____                         |
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Hỗ trợ<br>Cộng Đồng IEHP | <input type="checkbox"/> Dịch vụ nha khoa                         | <input type="checkbox"/> Không có   |
|   | <input type="checkbox"/> Dịch vụ nhân khoa                        | <input type="checkbox"/> Tôi không biết/không hiểu                              |
|   | <input type="checkbox"/> Các nhóm hỗ trợ                          |   |

*Ví dụ: Chương trình*

*12 Bước, Nhóm Hỗ trợ*

*Ung thư, v.v.*

B. Quý vị có muốn nhận thông tin về các nguồn trợ giúp trong cộng đồng quý vị không?

- Có
- Không

26. Với những gì đã đề cập ở đây, quý vị cho rằng những điều gì là các quan ngại chính của quý vị

vào lúc này? (Nêu ngắn gọn tối đa ba điều)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

27. A. Quý vị có thành viên gia đình, bạn bè hay người chăm sóc dự phòng khẩn cấp để giúp quý vị ở nhà

nếu

quý vị bị ốm, hoặc không thể chăm sóc bản thân, hoặc nếu Nhà Cung cấp Dịch vụ Hỗ trợ Tại Nhà (IHSS)

của quý vị không sẵn có không?

Có

Không

Tên: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với quý vị: \_\_\_\_\_

B. Nhân viên IEHP có thể nói chuyện với người (người chăm sóc) được nêu tên ở trên về các nhu cầu

chăm sóc sức khỏe hay kế hoạch chăm sóc của quý vị không?

Có

Không

28. Quý vị có một di chúc hay Giấy Chỉ thị Trước về Chăm sóc y tế (Advance Care Directive) không?

Có

Không

Tôi không biết

Cảm ơn quý vị đã điền vào bản đánh giá này! Vui lòng gửi lại qua thư trong phong bì được gửi kèm đã trả sẵn bưu phí tới:

**INLAND EMPIRE HEALTH PLAN**  
**ATTENTION: HEALTH RISK ASSESSMENT TEAM**  
**10801 6<sup>th</sup> Street,**  
**Rancho Cucamonga, CA 91730**