

# Đánh Giá Sự Nguy Hiểm Đối Với Sức Khỏe (HRA)

Tên: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Ngôn ngữ chính: \_\_\_\_\_

Người điền đơn:

Chính mình  Bạn/Gia đình  Nhân viên văn phòng  Người khác \_\_\_\_\_

Quý vị đánh giá sức khỏe tổng quát của mình như thế nào?

Tuyệt vời  Rất tốt  Tốt  Trung bình  Tệ

Có gì thay đổi với lịch sử y tế của quý vị so sánh với năm ngoái?  Có  Không

(nếu có, liệt kê) \_\_\_\_\_

**Trong tuần có bao nhiêu ngày quý vị...? (Vòng tròn câu trả lời thích hợp dưới đây)**

1) Tham gia vận động sức thể (như đi bộ, các môn thể thao .v.v...) ít nhất 30 phút?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
2) Bao gồm sự vận động về sức mạnh (cử tạ hay dây thun) trong những vận động thân thể thường ngày?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
3) Ăn ít nhất là 5 khẩu phần trái cây và rau cải (một khẩu phần bằng ½ ly đo lường)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
4) Ăn ít nhất 5 khẩu phần ngũ cốc (mỗi khẩu phần bằng một lát bánh mì, ½ ly đo lường ngũ cốc, .v.v...)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
5) Ăn ít nhất là 2 khẩu phần những sản phẩm sữa (như sữa, sữa chua/da ua hay phó mát)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
6) Có ăn thức ăn từ quán ăn liền (fast food)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
7) Bớt phần ăn hay bỏ bữa ăn vì không có đủ đồ ăn (không đủ tiền mua hay không có đủ sự giúp đỡ để mua hay nấu thức ăn)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
8) Có uống hơn một ly rượu (bia, rượu mạnh, rượu chát) mỗi ngày?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
9) Có ngủ ít nhất 7 tiếng?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
10) Có sử dụng sản phẩm thuốc lá hay nicotine (thuốc lá, thuốc lá điện tử, thuốc lá không khói, xì gà, hay ống tẩu (pipe)) hoặc ở gần những người sử dụng những thứ đó?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
11) Rời nhà để làm những công việc vặt, đi làm, hội họp, đến lớp học, nhà thờ, những hoạt động xã hội, v.v.... (không tính chuyện đi bác sĩ)?	0	1 - 2	3 - 4	≥5
12) Bị đau đớn thân thể làm ảnh hưởng đến những hoạt động của quý vị?	0	1 - 2	3 - 4	≥5

13) Có bị đau nhức miệng hay răng ham làm khó ăn?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
14) Quý vị có đủ tiền để mua thuốc, vật dụng y tế và đi khám bệnh?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
15) <b>Trong tháng vừa qua</b> , chừng bao nhiêu lần quý vị ...quên uống thuốc? _____ lần ...sử dụng thuốc khác hơn lối cách bác sĩ kê toa cho quý vị? _____ lần ...uống thuốc mua tại quầy (thuốc không cần toa bác sĩ, thuốc bổ, hay dược thảo)? _____ lần		
16) Quý vị có lái xe không? Nếu không, quý vị có đủ phương tiện để tới nơi cần đến không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
17) Quý vị có sinh hoạt tình dục không? (nếu có, số người tình dục trong 12 tháng vừa qua là ____)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
18) Quý vị có bệnh thính giác hay thị giác không? (nếu có, vòng tròn bệnh)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
19) <b>Trong 12 tháng vừa qua</b> , quý vị gặp trở ngại về việc duy trì sự thăng bằng hay đi đứng, hoặc có bị ngã (té) lần nào không? Nếu có, quý vị té/ngã bao nhiêu lần? _____ Quý vị có quan tâm sẽ bị té ngã không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
20) Gia đình của quý vị có quan tâm đến trí nhớ của quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
21) Trong <b>6 tháng vừa qua</b> , quý vị có bị trở ngại vì tiểu sốn không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
22) Trong <b>tháng vừa qua</b> , quý vị có cần giúp đỡ về vấn đề tài chánh không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
23) Quý vị nghĩ có ai lấy tiền hay sử dụng tiền của quý vị mà không có sự đồng ý của quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
24) Trong <b>7 ngày vừa qua</b> , quý vị có cần sự giúp đỡ của người khác trong việc: ...ăn, tắm, thay quần áo hay dùng nhà cầu không? ...giặt quần áo, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa hay đi mua sắm không? ... uống thuốc của quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
25) Quý vị hay người chăm sóc quý vị có đủ sự giúp đỡ/hỗ trợ cho các trách nhiệm chăm sóc không? (bỏ câu này nếu quý vị không chăm sóc ai hay không được ai chăm sóc)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
26) Quý vị có thường cảm thấy cô đơn không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
27) Quý vị có gia đình và bạn bè quan tâm đến quý vị và quý vị có thể trông nhờ khi quý vị cần điều gì hay khi gặp một khó khăn nào không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
28) Có ai gây thương tích (đánh hay la hét) hay không chăm sóc quý vị?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
29) Quý vị có bản Tiên Hướng Dẫn (Advance Directive) hay Di Chúc không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

**Trong hai tuần vừa qua, quý vị có bị vấn đề nào sau đây khiến quý vị cảm thấy phiền lòng?**

	Hoàn Toàn Không	Vài Ngày	> Nửa Ngày	Hầu Như Mỗi Ngày
33) Có thấy lo lắng hay căng thẳng đối với sức khỏe, tiền bạc, gia đình, bạn bè, hay công việc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Có chút hứng hay thích thú để làm điều gì?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Có thấy chán nản, thất vọng hay vô hy vọng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Danh Sách Thuốc và Thuốc Bổ Quý Vị Đang Dùng**

Tên của thuốc hoặc thuốc bổ	Liều thuốc và dùng thuốc bao nhiêu lần
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	

**Những người chăm sóc sức khỏe của quý vị (và chuyên môn của họ)**

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

**Dụng cụ y tế quý vị nhận được (v.v...oxygen) và ai cung cấp:**

--

**For Office Use Only**

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_/\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_

PHQ -2 Score: \_\_\_\_ PHQ-9 Score (if indicated): \_\_\_\_\_

Other mental health screen, if indicated: (name/score) \_\_\_\_\_

Mini-Cog Score: \_\_\_\_\_ Other cognitive screen, if indicated: (name/score) \_\_\_\_\_

Timed Up and Go: \_\_\_\_\_

- Home safety checklist reviewed
- Personal Preventive Plan completed and reviewed with patient

**Information/education provided:**

- Exercise     Healthy Eating     Dietary supplements     Food Banks/Meals on Wheels
- Fall prevention     Pain     Depression     Sleep
- Cognitive impairment     Medication use     Transportation resources
- Caregiver resources     Abuse prevention     Scam prevention
- Veteran's benefits     Health Insurance Counseling Advocacy Program(HICAP)
- Speech/hearing center     Braille Institute     Advance Directive/Living Will
- Adult Day Care     Alzheimer's Association     Long Term Support Services (LTSS)
- Other \_\_\_\_\_

**Referrals made/provided:**

- Dental     Optometry     PT evaluation     Pain management     Dementia evaluation
- Psychiatry/Counseling/behavioral health     Dietician/nutrition counseling
- Bone Mineral Density     Colonoscopy     Mammogram     Pap smear
- Alcohol reduction     Tobacco cessation     Chronic Disease Self-Management Class
- Case management     Driving evaluation     Friendly visitor program
- Other \_\_\_\_\_