



የመጀመሪያ ምርመራ ቀን (ወ/ቀ/ዓ/ዓ) / Initial Screening Date (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_  
የመጨረሻ ምርመራ ቀን (ወ/ቀ/ዓ/ዓ) / Final Screening Date (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

የሰደተኞች የጤና ምርመራ ማጠቃለያ  
REFUGEE HEALTH ASSESSMENT SUMMARY- AMHARIC

የሕዝብ መረጃ/DEMOGRAPHICS				
ስም (የአያት፣ ያንተ፣ የአባት): Name (Last, First, Middle)		ጾታ (Gender) <input type="checkbox"/> ወንድ (Male) <input type="checkbox"/> ሴት (Female)		የሰደተኛ ቁጥር (Alien #)
የልደት ቀን (ወ/ቀ/ዓ/ዓ) / DOB (mm/dd/yyyy)	አድራሻ (Address)	የስፖንሰር ስም እና ስልክ ቁጥር Sponsor Name & Phone #		የጉዳይ አስተዳዳሪ ስም እና ስልክ ቁጥር Case Manager Name & Phone
የጤና ምርመራ ወኪል Health Screening Agency	የበድጋሚ አሰፋፈር/ፈቃደኛ ወኪል Resettlement/Volunteer Agency	ወደ ዩ ኤስ የገባበት ቀን Date of Arrival in the U.S.	የተወለድክበት አገር Country of Birth	የምርመራ ሐኪም/ነርስ Screening Physician/Nurse

**የምርመራ ውጤቶች/ASSESSMENT FINDINGS**

ውጤት:  የሰደተኛ የጤና ምርመራ ተግባር ስላልተገኘ (Refugee Health Assessment completed)     መደበኛ ያልሆነ ምርመራ ወይም የጤና ታሪክ (እታች ያለው መልእኮችን ተመልከት)  ቲቢ (Abnormal exam or medical history findings) (9Tuberculosis)

እርግዝና (Pregnancy)     ሰገራ/አቫ ወይም ፓራሳይት ካለው በሰርሎጂ ተመርምሯል (Stool/Serology tested positive for ova or parasites)     የያለ ቲቢ ሕክምና (Latent Tuberculosis Treatment)     ሌላ \_\_\_\_\_ (Other)

የላቦራቶሪ ትእዛዝ:  የአ እና ፕ ሰገራ (Stool for O&P)     ስፕሩተም (Sputum)     የደረት ኤክስራይ (Chest X-Ray)     የክትባት ታይተር (Immunization titers)

(Labs ordered)     ሙሉ የደም መጠን (ሲ ቢ ሲ) እስከክልዩንቱ (Complete Blood Count)     የደም ለድ መጠን (Blood Lead Level)

የጉበት ተግባር ምርመራ (ኤል ኤፍ ቴ) (Liver Function Test)     የኤች ኦይ ቪ ምርመራ (HIV Test)

ሂፕታይተስ ቢ አንቲጀን (Hepatitis B Antigen)     ስፊሊስ (አር ፕ አር) (Syphilis RPR)     ጎፍሪያ/ክሊሚያ (Gonorrhea/Chlamydia)

የላቦራቶሪ ውጤቶች (የጤና ምርመራ ወረቀት ተመልከት) (Lab Results (see Health Assessment Form):  
የጤና ምርመራ ወረቀትን አያይዘኸዋል? (Health Assessment Form Attached?)     አዎ (Yes)     አይ (No)

የተሰጡ ክትባታቶች (Immunizations administered):  ኤም ኤም አር (MMR)     ቫሪሰላ (Varicella)     ሂፕታይተስ ቢ (Hepatitis B)     ዲ ቴ ኤይ ፒ/ቴ ዲ ኤይ ፒ/ቴ ዲ (DTaP/Tdap/Td)     ኢንፍሊዌንሻ (influenza)     ትዊንግክስ (ሂፕታይተስ ኤይ እና ቢ) (Twinrix (Hep A&B)     ሌላ \_\_\_\_\_ (Other)

የክትባት ታይተር—የሚከተሉት ክትባቶች ያሉት (Immunization Titers—Immune to):  
 ሚዛልስ (Measles)     ማምፕስ (Mumps)     ሩባላ (Rubella)     ቫሪሰላ (Varicella)     ሂፕታይተስ ቢ (Hepatitis B)     ሂፕታይተስ ሲ (Hepatitis C)

**ወደ ሌላ አካል ማስተላለፍ/REFERRALS**

ወደሚከተሉት ተላልፏል (You have been referred to)  
 ተጨማሪ ሕክምና እንዲሰጥ ወደ ቀዳማዊ ክብካቤ ሰጪ (Primary Care Provider for further medical care)     የጥርስ ሐኪም (Dentist)

ዳብልዩ አይ ሲ/የአመጋገብ ሙያተኛ (WIC/Nutritionist)     ኦፕቶሜትሪስት (Optometrist)     ኦ ቢ/ጂ ዋይ ኤን (OB/GYN)

ተጨማሪ ምርመራ/ወይም መድሃኒት ለመጀመር የሚሆን የኤል ኤች ዲ ቴ ቢ ዕቅድ (የኤል ኤች ዲ/ሌላ ማስተላለፊያ ማእከል: \_\_\_\_\_)  
(LHD TB Program for further evaluation/start medication (LHD/other referral center: \_\_\_\_\_)

ሙያተኛ የ \_\_\_\_\_ (Specialist for)     ሌላ \_\_\_\_\_ (Other)     ምንም (None)

በ \_\_\_\_\_ ውስጥ ለ \_\_\_\_\_ የሚሆን ቀጣይ ቀጠሮ ያስፈልግሃል ::  
(የተወሰነ ጊዜ ስጦ) (የተወሰነ ምክንያት ስጦ)

You will need a follow-up appointment within \_\_\_\_\_ for \_\_\_\_\_.  
(specify timeframe) (specify purpose)

**መድሃኒት/MEDICATIONS**

መድሃኒቶች ታዘዋል? (Medications prescribed?)     አዎ (Yes)     አይ (No)  
እባክህ የመድሃኒቶች ስም እና የታዘዙበት ምክንያት ዝርዝር ስጥ: (Please list names of medications and reason prescribed)

መድሃኒቶች የኤም ሲ ኦ አሰራር እንደሚከተሉ ተፈትሽዋል? (Medications checked against MCO formulary?)     አዎ (Yes)     አይ (No)

**ቀጣይ እርምጃ/NEXT STEPS**

ሐኪምህ ዘንድ ቀጠሮ ለመያዝ የዋስትና ካርድ ላይ ወዳለው ቁጥር ደውል :: (Call the number on your insurance card to schedule an appointment with your doctor.)

ቀጣዩ ቀጠሮህ በ \_\_\_\_\_ (ቀን/ሰዓት) ለ \_\_\_\_\_ (ምክንያት) ነው :: (Your next appointment is on \_\_\_\_\_ (date/time) for \_\_\_\_\_ (purpose).

ስለ የሰደተኛ የጤና ምርመራ ማንኛውም ጥያቄ ወይ የሚያሳስብ ነገር ካለህ ወደ \_\_\_\_\_ ደውል :: (Call \_\_\_\_\_ if you have any questions or concerns about your refugee health assessment.)

መድሃኒት በተሰጠህ ትእዛዝ መሰረት ውሰድ :: (Take medication as directed)

የሲ ዲ ሲ ተከታይ የሰገራ ፓራሳይቶች መምሪያ መምሪያ :: (Recommend stool parasite follow-up per CDC guidelines):  
<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf>.)

የዚህ ወረቀት ቅጂ ለሐኪምህ ወይም ነርስህ ስጣቸው :: (Give a copy of this form to your doctor or nurse.)

**መልእኮች/NOTES**

ወረቀቱን የሞላው ሰው ስም \_\_\_\_\_    ወረቀቱን የሞላው ሰው ፊርማ \_\_\_\_\_    ቀን \_\_\_\_\_  
Name of person completing the form    Signature of person completing the form    Date