



خلاصه ارزیابی وضعیت سلامتی پناهندگان

مشخصات فردی			
شماره شناسایی تبعه خارجی	جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث	نام (نام خانوادگی، نام کوچک، نام میانی)	
نام و شماره تلفن مدیر پرونده	نام و شماره تلفن ضامن یا اسپانسر	ادرس	تاریخ تولد (ماه/ روز /سال)
پزشک/پرستار بررسی و معاینه	کشور محل تولد	تاریخ ورود به آمریکا	سازمان استقرارمجدد/داوطلبی
سازمان بررسی و معاینه سلامتی			
نتایج ارزیابی			
تشخیص: <input type="checkbox"/> ارزیابی سلامتی پناهندگان تکمیل شد <input type="checkbox"/> یافته های غیر عادی در نتایج آزمایش یا سابقه پزشکی (به ملاحظات زیر مراجعه شود) <input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> آزمایش مدفوع/خون برای انگل و تخمک مثبت بود <input type="checkbox"/> درمان سل نهان <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> سایر _____			
آزمایشات درخواست شده: <input type="checkbox"/> مدفوع برای انگل و تخمک <input type="checkbox"/> خلط سینه <input type="checkbox"/> عکس اشعه ایکس از سینه <input type="checkbox"/> تیترهای ایمن سازی <input type="checkbox"/> شمارش کامل خون (CBC) و افتراقی <input type="checkbox"/> میزان سرب خون <input type="checkbox"/> آزمایش عملکرد کبد (LFT) <input type="checkbox"/> آزمایش HIV <input type="checkbox"/> آنتی ژن هیپاتیت بی <input type="checkbox"/> سیفلیس (RPR) <input type="checkbox"/> سوزاک/کلامیدیا			
نتایج آزمایش (به فرم ارزیابی وضعیت سلامتی مراجعه شود): فرم ارزیابی وضعیت سلامتی ضمیمه است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
واکسن های تزریق شده: <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> آبله مرغان <input type="checkbox"/> هیپاتیت بی <input type="checkbox"/> DTaP/Tdap/Td (سه گانه/دوگانه) <input type="checkbox"/> آنفولانزا <input type="checkbox"/> Twinrix (هیپاتیت ا و بی) <input type="checkbox"/> سایر _____ تیترهای ایمن سازی - مصون در برابر: <input type="checkbox"/> سرخک <input type="checkbox"/> اوریون <input type="checkbox"/> سرخچه <input type="checkbox"/> آبله مرغان <input type="checkbox"/> هیپاتیت بی <input type="checkbox"/> هیپاتیت سی			
موارد ارجاع و معرفی			
شما به اینجا معرفی و ارجاع شده اید: <input type="checkbox"/> ارائه دهنده مراقبتهای اولیه برای مراقبتهای پزشکی بیشتر <input type="checkbox"/> دندان پزشک <input type="checkbox"/> WIC/متخصص تغذیه <input type="checkbox"/> چشم پزشک <input type="checkbox"/> پزشک زنان <input type="checkbox"/> برنامه LHD TB برای بررسی و معاینه تکمیلی/شروع دارو (LHD/سایر مراکز ارجاعی: _____) <input type="checkbox"/> متخصص برای _____ <input type="checkbox"/> سایر _____ <input type="checkbox"/> هیچ _____			
شما باید ظرف مدت _____ (منت زمان قید گردد) یک وقت ملاقات پیگیری جهت _____ (دلیل قید گردد) بگیرید.			
دارو			
دارو تجویز شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر لطفاً نام مشخصات داروهای تجویز شده و دلیل تجویز آنها را ذکر کنید: _____ _____ _____			
آیا داروها با فهرست دارویی MCO مقایسه و کنترل شده اند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
قدم های بعدی			
<input type="checkbox"/> با شماره تلفنی که روی کارت بیمه شما نوشته شده تماس بگیرید و از پزشک خود وقت ملاقات بگیرید. <input type="checkbox"/> وقت ملاقات بعدی شما _____ (تاریخ/زمان) برای _____ (دلیل) است. <input type="checkbox"/> اگر سوال یا مسئله ای درباره ارزیابی وضعیت سلامتی پناهندگان دارید با شماره _____ تماس بگیرید. <input type="checkbox"/> داروهای خود را مطابق دستور داده شده مصرف کنید. <input type="checkbox"/> توصیه می شود یک آزمایش پیگیری انگل های مدفوع مطابق با معیارهای CDC انجام شود: http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf <input type="checkbox"/> یک نسخه از این فرم را به پزشک یا پرستار خود بدهید.			
ملاحظات			
_____ _____ _____			

نام فرد تکمیل کننده فرم

امضای فرد تکمیل کننده فرم

تاریخ