



موجز تقييم صحة اللاجئين/ REFUGEE HEALTH ASSESSMENT SUMMARY

البيانات الديموغرافية/ DEMOGRAPHICS			
رقم الأجنبي Alien #	الجنس (Gender) أنثى (Female) <input type="checkbox"/> ذكر (Male) <input type="checkbox"/>	الاسم (الأخير، الأول، الأوسط) Name (Last, First, Middle)	
اسم مدير الحالة ورقم هاتفه Case Manager Name & Phone #	اسم الراعي ورقم هاتفه Sponsor Name & Phone #	العنوان Address	تاريخ الميلاد (ش ش / ي / س) DOB (mm/dd/yyyy)
طبيب/ممرضة المتابعة Screening Physician/Nurse	دولة الميلاد Country of Birth	تاريخ الوصول إلى الولايات المتحدة Date of Arrival in the U.S.	إعادة التوطين/ وكالة تطوعية Resettlement/Volunteer Agency
نتائج التقييم/ ASSESSMENT FINDINGS			
التشخيص: (Diagnosis) <input type="checkbox"/> اكتمل تقييم صحة اللاجئين (Refugee Health Assessment Completed) <input type="checkbox"/> نتائج غير عادية للفحص أو التاريخ الطبي (انظر الملاحظات أدناه) (Abnormal exam or medical history findings) <input type="checkbox"/> حمل (Pregnancy) <input type="checkbox"/> وجود بويضات أو طفيليات في اختبار البراز/المصل (Stool/Serology tested positive for ova or parasites) <input type="checkbox"/> علاج سل خفي <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> أخرى _____			
التحاليل المطلوبة (Ordered Labs): <input type="checkbox"/> تحليل البويضات الطفيلية في البراز (Stool for O&P) <input type="checkbox"/> البصاق (Sputum) <input type="checkbox"/> أشعة سينية على الصدر (Chest X-Ray) <input type="checkbox"/> مقويات المناعة (Immunization Titers) <input type="checkbox"/> عددي شامل مع الاختلاف (Complete Blood Count (CBC) with differential) <input type="checkbox"/> في مستوى الرصاص في الدم (Blood Lead Level) <input type="checkbox"/> اختبار وظائف الكبد (Liver Function Test (LFT)) <input type="checkbox"/> تحليل الفيروس المسبب لمرض الإيدز (HIV Test) <input type="checkbox"/> مضاد التهاب الكبد (Hepatitis B Antigen) <input type="checkbox"/> الزهري (Syphilis (RPR)) <input type="checkbox"/> السيلان/المتدثرة (Gonorrhea/Chlamydia)			
نتائج التحاليل (انظر نموذج تقييم الصحة) (Lab Results See Health Assessment Form): هل نموذج تقييم الصحة مرفق؟ <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا (No)			
اللقاحات المقدمة (Immunizations administered): <input type="checkbox"/> لقاح الحصبة والنكاف والحميراء (MMR) <input type="checkbox"/> جدري الماء (Varicella) <input type="checkbox"/> التهاب الكبد (Hepatitis B) <input type="checkbox"/> الدفتريا والسعال الديكي (DTap/Tdap/Td) <input type="checkbox"/> والنتانوس (Influenza) <input type="checkbox"/> الإنفلونزا (Twinrix/Hepatitis B) <input type="checkbox"/> التهاب الكبد (Twinrix Hepatitis A Or B) <input type="checkbox"/> أخرى (Other) _____			
مقويات المناعة - محصن ضد: (to Immune - Immunization Titers) <input type="checkbox"/> الحصبة (Measles) <input type="checkbox"/> التهاب الغدة النكفية (Mumps) <input type="checkbox"/> الحصبة الألمانية (Rubella) <input type="checkbox"/> جدري الماء (Varicella) <input type="checkbox"/> التهاب الكبد B (Hepatitis B) <input type="checkbox"/> التهاب الكبد C (Hepatitis C)			
الإحالة/ REFERRALS			
لقد تمت إحالتك إلى: (You have been referred to) <input type="checkbox"/> مقدم الرعاية الأساسية للحصول على المزيد من الرعاية الطبية (Primary Care Provider for further medical care) <input type="checkbox"/> طبيب الأسنان (Dentist) <input type="checkbox"/> تغذية تكميلية خاصة/طبيب تغذية (WIC Nutritionist) <input type="checkbox"/> أخصائي تصحيح بصر (Optometrist) <input type="checkbox"/> طبيب توليد ونساء (OB/GYN) <input type="checkbox"/> برنامج السل في وزارة الصحة المحلية للمزيد من التقييم/بدء العلاج (وزارة الصحة المحلية/مركز إحالة آخر: _____) LHD TB Program for further evaluation/start medication (LHD/other referral center: _____) <input type="checkbox"/> أخصائي (Specialist for) _____ <input type="checkbox"/> آخر (Other) _____ <input type="checkbox"/> لا شيء (None) ستحتاج إلى موعد متابعة في خلال _____ من أجل _____ (تحديد مدة) (تحديد غرض) You will need a follow-up appointment within _____ for _____ (specify timeframe) (specify purpose)			
العلاجات/ MEDICATIONS			
العلاجات الموصوفة؟ Medications prescribed? <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا (No)			

يرجى سرد أسماء العلاجات وسبب وصفها: (⊗) Please list names of medications and reason prescribed

تمت مراجعة العلاجات على كتيب وصفات منظمة الرعاية المدارة (MCO)؟ Medications checked against MCO formulary? نعم Yes لا No

الخطوات التالية\NEXT STEPS

اتصل بالرقم الموجود على بطاقة التأمين الخاصة بك لتحديد موعدًا مع طبيبك.

Call the number on your insurance card to schedule an appointment with your doctor.

موعدك التالي هو _____ (التاريخ/الوقت) من أجل _____ (الغرض).

Your next appointment is on _____ (date/time) for _____ (purpose).

اتصل على _____ إذا كانت لديك أية أسئلة أو قلق بشأن تقييم صحة اللاجئين الخاص بك.

Call _____ if you have any questions or concerns about your refugee health assessment.

خذ العلاج حسب التوجيهات

Take medication as directed.

المتابعة الموصى بها لطفيليات البراز حسب إرشادات مركز مكافحة الأمراض: <http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf>

Recommend stool parasite follow-up per CDC guidelines: <http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf>.

قم بإعطاء نسخة من هذا النموذج لطبيبك أو ممرضتك.

Give a copy of this form to your doctor or nurse.

ملاحظات\NOTES

التاريخ
Date

توقيع الشخص الذي ملأ النموذج
Signature of person completing the form

اسم الشخص الذي ملأ النموذج
Name of person completing the form