



SOMMAIRE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU REFUGIÉ

(REFUGEE HEALTH ASSESSMENT SUMMARY)

CARACTÉRISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE/ DEMOGRAPHICS

Nom (Nom, Prénom, Surnom) (Name (Last, First, Middle))		Sexe (Gender) <input type="checkbox"/> Masculin/ Male..... <input type="checkbox"/> Féminin/ Female		# Allochtone/ (Alien Number)
Date de naissance (mm/jj/aaaa) (DOB (mm/dd/yyyy))	Adresse (Address)	Nom & # de téléphone du répondant (Sponsor Name & Phone)		Nom & # de téléphone du gérant du dossier (Case Manager Name & Phone)
Agence d'examen médical (Health Screening Agency)	Agence Relocalisation/Volontaire (Resettlement/Volunteer Agency)	Date d'arrivée aux U.S. (Date of Arrival in the U.S.)	Pays natal (Country of Birth)	Médecin/infirmière examinateur (Screening Physician/Nurse)

RÉSULTATS DE L'EXAMEN/ ASSESSMENT FINDINGS

Diagnostics: Évaluation de la santé du réfugié complétée / Refugee Health Assessment completed Examen ou historique médicale anormaux (Voir Notes ici-bas) / Abnormal exam or medical history findings (see Notes below) Grossesse / Pregnancy

Selles/Sérologie positives pour les ovules ou parasites / Stool/Serology tested positive for ova or parasites Traitement tuberculose latente / Latent Tuberculosis Treatment Tuberculose / Tuberculosis Autre _____ / Other _____

Tests de labo demandés: Selles pour O&P / Stool for O&P Crachat / Sputum Radiographie pulmonaire / Chest X-Ray Titres d'immunisation / Immunization titers Hémogramme / Complete Blood Count (CBC) with differential

Taux de plomb dans le sang / Blood Lead Level Test fonction du foie (TFF) / Liver Function Test (LFT) Test VIH / HIV Test Hépatite B Antigène / Hepatitis B Antigen Syphilis (RPR) / Syphilis (RPR)

Gonorrhée/Chlamydia / Gonorrhea/Chlamydia

Résultats de Labo (Voir Formulaire d'évaluation de la santé): Le formulaire d'évaluation de la santé est-il joint? Oui/Yes Non/No
Lab results (See Health Assessment form) : Health Assessment form attached?

Vaccins administrés: ROR / MMR Varicelle / Varicella Hépatite B / Hepatitis B DTaP/Tdap/Td Influenza Twinrix (Hep A & B) Autre _____ / Other _____

Titres Immunisation - Immunisé contre/ Immunization Titers—Immune to:
 Rougeole/Measles Oreillon/Mumps Rubéole/Rubella Varicelle/Varicella Hépatite B/Hepatitis B Hépatite C/Hepatitis C

MALADE DIRIGÉ/ REFERRALS

Vous avez été référé à: Omnipraticien pour un suivi / Primary Care Provider for further medical care Dentiste / Dentist Nutritionniste/FNE / WIC/Nutritionist Optométriste / Optometrist OB/GYN

Programme de TB du DSL pour évaluation/début de traitement (DSL/autre centre: _____)
LHD TB Program for further evaluation/start medication (LHD/other referral center: _____)

Spécialiste pour/ Specialist for _____ Autre/ Other _____ Aucun/ None

Vous avez besoin d'un rendez-vous de suivi avant / You will need a follow-up appointment within _____ pour/ for _____.
(spécifié le délai / specify timeframe) (spécifié la raison/ specify purpose)

MÉDICAMENTS/ MEDICATIONS

Médicaments prescrits? Oui/Yes Non/No
Veillez énumérer les médicaments et la raison de la prescription/ Please list names of medications and reasons prescribed :

Médicaments vérifiés contre la liste de la MCO? / Medications checked against MCO formulary? Oui/Yes Non/No

ÉTAPES SUIVANTES / NEXT STEPS

Appeler le numéro sur votre carte d'assurance pour fixer un rendez-vous avec votre médecin/Call the number on your insurance card to schedule an appointment with your doctor.

Votre prochain rendez-vous est le Your next appointment is on _____ (date/heure/ date/time) pour/for _____ (raison/ purpose).

Appeler/Call _____ si vous avez des questions ou des préoccupations concernant votre évaluation de santé de réfugié/ if you have any questions or concerns about your refugee health assessment.

Prendre les médicaments tel que prescrits/Take medication as directed.

Recommander le suivi des parasites des selles selon les directives du CDC/Recommend stool parasite follow-up per CDC guidelines:
<http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf>.

Fournir une copie de ce formulaire à votre médecin ou infirmière/Give a copy of this form to your doctor or nurse.

NOTES/ NOTES

Nom de la personne qui a rempli le formulaire
Name of person completing the formSignature de la personne qui a rempli le formulaire
Signature of person completing the formDat
Date

