STATE OF MARYLAND

DHMH

پوختەی هەڵ

ڕێکەوتی سکرین‌کردنی سەرەتایی (مانگ/ڕۆژ/ساڵ) (mm/dd/yyyy) Initial Health Screening:_____

ڕێکەوتی سکرین‌کردنی کۆتایی (مانگ/ڕۆژ/ساڵ) (mm/dd/yyyy) Final Health Screening: _____

سەنگاندنی تەندروستی پەنابەر

Refugee Health Assessment Summary

DEMOGRAPHICS\ دێمۆگرافی

ناو (ناوی بچووک، ناوی زکماکی، ناوی ناوین) Name (Last, First, Middle)	**ڕەگەز (Gender)** ☐ نێر Male ☐ مێ (Female)		**بێگانەی# Alien #**
ڕۆژی لەدایکبوون (مانگ/ڕۆژ/ساڵ) Date of Birth	**ناونیشان Address**	**ناو و ژمارە تەلەفۆنی سپۆنسر# Sponsor Name and Phone #**	**ناو و ژمارە تەلەفۆنی بەڕێوەبەری کەیس # Case Manager Name & Phone #**
ئاژانسی پشکنینی تەندروستی Health Screening Agency	**گرسانەوە/ئاژانسی خۆبەخش** Resettlement/Volunteer Agency	**ڕێکەوتی هاتن بۆ ئەمریکا** Date of Arrival.	**وڵاتی لەدایکبوون** Country of Birth	**پزیشک یا پەرەستاری پشکێنەر** Screening Physician/Nurse

ASSESSMENT FINDINGS\ دەسکەوتەکانی هەڵسەنگاندن

پێزانین: (Diagnosis) ☐ هەڵسەنگاندنی تەندروستی پەنابەر تەواو کرا (Completed Refugee Health Assessment Form) ☐ دووگیانی (Pregnancy)

☐ تاقیکردنەوەی ناتاسایی یا ئاکامی پێشینەی پزیشکی (یاداشتەکانی خوارەوە بخوێنەوە) (Abnormal Exam or Medical History Findings)

☐ تێستی پاشەڕۆ/سێرۆلۆژی بۆ گرا یان پارازیت ئەرێنی بووە (Stool/Serology tested positive for paratite or ova)

☐ دەرمانی سیلی نهێنی (Latent Tuberculosis Treatment) ☐سیل (Tuberculosis) ☐ دیکە(Other) _____

فەرمانی تاقیگە: (Labs Ordered) ☐ پاشەڕۆ بۆ O&P (P&Stool O) ☐ بەڵغەم (Sputum) ☐ تیشکی ئیکسی سینە (Chest XRay)

☐ تێستی کارکردنی جەرگ (LFT) (Liver Function Test) ☐تێستی ئێچ ئای ڤی (HIV Test) ☐ ئانتیجێنی هێپاتیتی بی (genHepatitis B Anti)

☐ ڕیزبەندی کوتان (Immunization Titers) ☐ ژماردنی تەواوی خوێن (CBC) لەگەڵ پری جیاوازی (Complete Blood Count)

☐ سیفیلیس (RPR) ☐ (Syphilis) گۆنۆریا /کلامیدیا (Chlymadia/Gonorrhea)

ئاکامەکانی تاقیگە (بڕوانە لە فۆرمی هەڵسەنگاندنی تەندروستی): (Lab Results (See Health Assessment Form ئایا فۆرمی هەڵسەنگاندنی تەندروستی هاوێچ کراوە؟ (Health Assessment Form Attached?) ☐ بەڵێ (Yes) ☐ نەخێر (No)

کوتانە ئەنجامدراوەکان: (Immunizations Administered) ☐ سووریجە (Varicella) ☐ هێپاتیتی بی (Hepatitis B) ☐ ئەنفلوەنزا (Influenzna)

☐ DTaP/Tdap/Td ☐ توینریکس (هێپاتیتی A و B) (Twinrix (Hep A&B) ☐ دیکە (Other) _____

ڕیزبەندی کوتان - کوتانی دژ بە: (Immunzation Titers-Immune to)

☐ سوریژە (Measles) ☐ ملەخرە (Mumps) ☐ ڕووێلا (Rubella) ☐ دانکە (ڤاریسێلا) (Varicella) ☐ هێپاتیتی بی (Hepatitis B) ☐ هێپاتیتی سی (Hepatitis C)

REFERRALS\ ناردنەکان

تۆ ئێردراوی بۆ لای: (You have been referred to)

☐ دابینکەری چاودێریی سەرەتایی بۆ چاودێری پزیشکی زیاتر (Primary Care Provider for further medical care)

☐ دداپزیشک (Dentist) ☐ WIC/پسپۆری خۆراک (Nutritionist/WIC) ☐ چاویلکەساز (Optometrist)

☐ بەرنامەی LHD TB بۆ هەڵسەنگاندنی زیاتر/دەسپێکردنی دەرمانکردن (/LHDناوەندی دیکەی هەناردن:_____ ☐ پسپۆری _____ OB/GYN (Specialist for)

LHD TB Program for further evaluation/start medication (LHD/other referral center: _____

☐ هیچیەک (None) ☐دیکە (Other) _____

تۆ پێویستت بە وادەیەکی چاوپێکەوتن هەیە بۆ بەدواداچوو _____ (ئامانج دیاری بکە) بۆ _____ (چوارچێوەی زەمەنی دیاری بکە).

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

MEDICATIONS\ دەرمانەکان

ئایا دارووەیەکت بۆ نووسراوە؟ (Medications prescribed) ☐ بەڵێ (Yes) ☐ نەخێر (No)

تکایە ناوی دارووەکان و هۆکاری نواندنیان بنووسەوە: *Please list names of medications and reason prescribed*

ئایا دارووکان بەپێی فەرماننامەی MCO تاقی کرانەوە؟ (against MCO Formulary Medications checked) ☐ بەڵێ (Yes) ☐ نەخێر (No)

NEXT STEPS\ هەنگاوەکانی دواتر

☐ تەلەفۆن بکە بۆ ئەو ژمارەی کە لەسەر کارتی بیمەی تۆ دایە بۆ ئەوەی وادەیەک بۆ چاوپێکەوتن لەگەڵ پزیشکەکەت دیاری بکەی.
Call the number on your insurance card to schedule an appointment with your doctor.

☐ وادەی چاوپێکەوتنی ئایندەت لە_____ (ڕێکەوت/کات) بۆ_____ (ئامانج) دەبێت.
Your next appointment is on _____ (date/time) for _____ (purpose).

☐ ئەگەر هەر پرسیار یا نیگەرانییەکت هەیە سەبارەت بە هەڵسەنگاندنی تەندروستی پەنابەری خۆت، تەلەفۆن بکە بۆ_____.
Call _____ if you have any questions or concerns about your refugee health assessment.

☐ دارووەکان بەو جۆرەی کە نوێنراوە بە کار بهێنە.
Take medication as directed.

☐ پێشنیاری بەدواداچوونی بۆ پارازیتی پاشەڕۆ بکە بەپێی ڕێنوێنیەکانی CDC: 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.

☐ کۆپییەک لەم فۆرمە بدە بە پزیشک یان پەرەستاری خۆت.
Give a copy of this form to your doctor or nurse.

NOTES\ یاداشتەکان

_____ _____ _____

ناوی ئەو کەسەی کە ئەم فۆرمە پر دەکاتەوە — واژۆی ئەو کەسەی کە ئەم فۆرمە پر دەکاتەوە

ڕێکەوت

Date | Signature of person completing the form | Name of person completing the form