

**Пакет документов для регистрации
пациента для участия в программе
ScreenWise**

ОТДЕЛ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Программа ScreenWise, предусматривающая
обследования населения с целью выявления
наличия определённых заболеваний

Необходимо вернуть в программу ScreenWise в течение 5
дней с момента регистрации



Название места

Служба, производящая регистрацию: _____ регистрации: _____

Тип регистрации: При личной встрече (подпись обязательна)

Дистанционно (укажите «remote» (дистанционно) в строке для подписи)

Номер медицинской записи: _____ Дата регистрации: _____

Полное имя пациента:		
Дата рождения: (ММ/ДД/ГГ)	Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Другой	<input type="checkbox"/> Является бездомным или имеет постоянное место жительства?
Домашний адрес:	Номер квартиры:	(Если да, отметьте эту клеточку и ниже запишите только почтовый индекс и название округа)
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Телефон:		Округ:

Имеете ли Вы медицинское страхование или страхование по программе Medicaid?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Да, но этого недостаточно для удовлетворения моих потребностей <input type="checkbox"/> Нет
---	--

Каков размер общего ежемесячного дохода Вашей семьи? (Это общая сумма дохода всех членов семьи до вычета налогов):	долл. в месяц
--	---------------

Сколько человек проживает в Вашей семье? (включая вас):	человек(-а)
--	-------------

Имеете ли Вы испанское или латиноамериканское происхождение?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю/не уверен(-а) <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать
--	---

Расовая принадлежность (отметьте один или несколько вариантов):	<input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Европейец <input type="checkbox"/> Не знаю/не уверен(-а) <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать
--	--

На каком языке Вы предпочитаете читать материалы?	<input type="checkbox"/> На английском <input type="checkbox"/> На испанском <input type="checkbox"/> Другое:
---	---

Согласие клиента

Программа ScreenWise в штате Орегон (*ScreenWise*) представляет собой программу Управления здравоохранения штата Орегон, предназначенную для снижения уровня распространенности заболевания раком молочной железы или шейки матки путем популяризации мер профилактики и ранней диагностики.

В рамках программы ScreenWise могут оплачиваться:

- Общие обследования населения с целью выявления наличия заболеваний и диагностика рака молочной железы или шейки матки
- Общее обследование населения на наличие наследственной предрасположенности к онкологическим заболеваниям при помощи генетического консультирования и анализа на наличие генов BRCA 1 и 2 с целью выявления пациентов с высоким риском заболеваемости
- Помощь в планировании обслуживания пациентов и поддержка

В рамках программы ScreenWise не будет оплачиваться лечение рака молочной железы или шейки матки. В случае необходимости лечения пациенты могут подать заявление на участие в программе медицинской помощи для лечения рака молочной железы и шейки матки (BCSTR).

Подписывая настоящий документ, я **понимаю**, что:

- Моё участие в программе может начаться за три месяца до момента подписания этого документа ниже, что позволит оплачивать услуги, оказанные на законном основании, из средств программы ScreenWise в течение этого периода времени.
- Я продолжу участвовать в программе ScreenWise в течение одного года при условии сохранения мной права на участие и отсутствия с моей стороны просьбы об исключении меня из числа участников программы.
- Мой поставщик медицинских услуг будет ежегодно определять наличие у меня права на продолжение участия в программе.
- Работники программы ScreenWise, мои поставщики медицинских услуг, работники клиник и/или больниц могут обмениваться друг с другом информацией о моем состоянии здоровья и другой сопутствующей информацией о медицинском обслуживании, полученном мной в рамках программы ScreenWise. Кроме того, они могут планировать мое обслуживание и участие в соответствующих диагностических обследованиях и/или процедурах, генетическом консультировании и тестировании, связанном с заболеванием раком молочной железы или шейки матки.
- Мои данные не будут разглашаться третьим сторонам, не входящим в сеть поставщиков услуг Управления здравоохранения штата Орегон, субподрядчикам или спонсорам управления, и мое имя не будет указано ни в каком опубликованном отчете.
- Мне, возможно, будут отправлять письменные, телефонные или электронные сообщения, связанные с обслуживанием по программе ScreenWise.
- Мой поставщик услуг должен предупредить меня в письменном виде о любых услугах, не оплачиваемых программой ScreenWise.

Подписывая настоящий документ, я **подтверждаю**, что:

Я соответствую всем указанным ниже требованиям, предъявляемым к участникам программы:

- ✓ Я проживаю или планирую проживать в штате Орегон
- ✓ Доход моей семьи составляет или находится ниже 250% федерального уровня бедности
- ✓ Я не имею медицинского страхования, или моё страхование не обеспечивает полностью все мои потребности

Подпись пациента:

Дата:

Имя, фамилия пациента (*печатными буквами*):

Вы можете получить текст этого документа на другом языке, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в каком-либо другом предпочитаемом вами формате. Обращайтесь к работникам программы ScreenWise по тел. 971-673-0581. Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи, или Вы можете позвонить по номеру 711.

Право пациента на участие в программе

Имеет ли пациент необходимость участвовать в диагностическом исследовании на выявление заболевания рака молочной железы или шейки матки?

Возраст пациента от 21 до 49 лет*

***Пациенты в возрасте от 21 года до 49 лет не имеют права на участие в программе, за исключением случаев, когда они нуждаются в диагностическом обследовании**

50 лет или старше

Обследование на наличие рака молочной железы *выбор не влияет на наличие права на участие в программе*

Потомок евреев ашкенази?

Да Нет Неизвестно Отказываюсь отвечать

Был ли когда-либо пациенту или его близкому кровному родственнику поставлен диагноз рака молочной железы, рака фаллопиевых труб, рака груди у мужчин, меланомы, рака яичника, поджелудочной железы, брюшины или предстательной железы?

Да Нет Неизвестно Отказываюсь отвечать

Существует ли риск заболевания раком молочной железы?

Да Нет Неизвестно

Услуги по выявлению рака молочной железы

Дата клинического обследования молочной железы: _____ (ММ/ДД/ГГГГ)

Результат нормальный/доброкачественное образование
 Результат атипичный/подозрение на злокачественное образование
 Обследование не было проведено

Имеется ли запись на прохождение маммографии?

Да (осмотр или диагностика)
 Нет
 Направлен(-а) непосредственно для прохождения дополнительной диагностики (например, УЗИ, биопсия, и т.п.)

Обследование на выявление наличия рака шейки матки *выбор не влияет на право участия в программе*

Дата последнего мазка Папаниколау (до текущей регистрации)?

Да, дата (если известно): _____ (ММ/ДД/ГГГГ)
 Нет
 Неизвестно

Существует ли риск заболевания раком шейки матки?

Да Нет Неизвестно

Обследование для выявления наличия рака шейки матки

<p>Дата мазка Папаниколау: _____ (ММ/ДД/ГГГГ)</p>	<p><input type="checkbox"/> Плановое обследование</p> <p><input type="checkbox"/> Наблюдение после недавнего атипичного результата мазка Папаниколау</p> <p><input type="checkbox"/> Мазок Папаниколау не был взят и была заказана кольпоскопия.</p> <p><input type="checkbox"/> Мазок Папаниколау не был взят и был заказан другой вид диагностической процедуры</p> <p><input type="checkbox"/> Мазок Папаниколау не был взят и был заказан другой вид медицинского осмотра.</p> <p><input type="checkbox"/> Услуги по лечению шейки матки не предоставлялись</p>
<p>Был ли назначен тест ВПЧ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>

**Вопросы, касающиеся расового и этнического
происхождения, языка общения и наличия
ограниченных возможностей здоровья (REALD):**

Ответы на следующие вопросы даются добровольно и будут храниться в конфиденциальности. Мы просим Вас указать Вашу расовую и этническую принадлежность, язык общения и уровень Ваших способностей для того, чтобы мы могли выявить и решить проблемы, связанные с поддержанием Вашего здоровья и предоставлением Вам необходимого обслуживания. Если Вы не желаете отвечать на эти вопросы, пожалуйста, выберите ответ «Я не желаю отвечать». Если при заполнении этого бланка документа у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к сотрудникам клиники.

Расовая и этническая принадлежность

1. Как Вы определяете свое расовое или этническое происхождение, племенную принадлежность, страну происхождения или родословную? (например, происхождение ваших родителей, принадлежность к племени)

Предпочитаю не отвечать

2. Что из нижеперечисленного описывает Ваше расовое или этническое происхождение? Пожалуйста, отметьте **ВСЕ** применимые варианты.

Испаноязычный или латиноамериканец

- Выходец из стран Центральной Америки
- Мексиканец
- Выходец из стран Южной Америки
- Испаноговорящий или латиноамериканец другого происхождения

Коренной житель Гавайских островов и Коренной житель островов Тихого Океана

- Чаморро (коренной житель острова Чаморро)
- Коренной житель Маршалловых островов
- Сообщества Микронезийского региона
- Коренной житель Гавайских островов
- Коренной житель островов Самоа
- Житель других островов Тихого океана

Европеец

- Выходец из стран Восточной Европы
- Славянин
- Выходец из стран Западной Европы
- Представитель другой европеоидной расы

Американский индеец или Коренной житель Аляски

- Американский индеец
- Коренной житель Аляски
- Канадский инуит, метис или представитель коренного населения
- Выходец из Мексики, стран Центральной Америки или стран Южной Америки

Чернокожий и афроамериканец

- Афроамериканец
- Африканец карибского происхождения
- Эфиоп
- Сомалиец
- Африканец другого происхождения (чернокожий).
- Чернокожий другого происхождения

Выходец из стран Ближнего Востока/Северной Африки

- Выходец из стран Ближнего Востока
- Выходец из стран Северной Африки

Азиат

- Азиатский индус
- Камбоджиец
- Китаец
- Представитель сообществ Мьянмы
- Филиппинец
- Хмонг
- Японец
- Кореец
- Лаосец
- Выходец из стран Юго-Восточной Азии
- Вьетнамский
- Выходец из других стран Азии

Прочие категории

- Другое, пожалуйста, укажите:

- Не знаю
- Предпочитаю не отвечать

3. Если Вы отметили **несколько** категорий выше, считаете ли вы какую-либо **одну** из них в качестве **основной** расовой или этнической принадлежности?

- Да. Пожалуйста, обведите Вашу основную расовую или этническую принадлежность, указанную выше.
- Я не причисляю себя к одной основной расовой или этнической принадлежности.
- Нет. Я считаю себя лицом, имеющим два или несколько происхождений.
- Не относится. Я отметил(-а) только одну категорию выше.
- Не знаю
- Предпочитаю не отвечать

Язык (услуги устных переводчиков предлагаются бесплатно)

4а. На каком языке или языках Вы разговариваете дома?

Перейдите к вопросу 7, если Вы НЕ указали язык, кроме английского или языка жестов.

4b. На каком языке Вы предпочитаете общаться с нами лично, по телефону или дистанционно?

4с. На каком языке Вы хотите получать от нас письма?

5а. Требуются ли Вам услуги **устного переводчика** для того, чтобы мы могли общаться с Вами?

Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

5b. Если Вы желаете получить услуги переводчика или нуждаетесь в них, укажите, услуги какого вида перевода Вы предпочитаете.

Услуги устного переводчика
 Услуги переводчика на американский язык жестов (ASL)
 Услуги переводчика для слепоглухонемых и глухонемых, имеющих дополнительные ограничения
 Услуги переводчика на язык контактных жестов (PSE)
 Другое (*пожалуйста, перечислите*):

Перейдите к вопросу 7, если Вы не используете язык, кроме английского или языка жестов

6. Как хорошо вы говорите по-английски?

Очень хорошо
 Хорошо
 Не очень хорошо
 Совсем не говорю
 Не знаю
 Предпочитаю не отвечать

Уровень недееспособности/способности

Ваши ответы помогут нам определить различия в состоянии здоровья и услугах для лиц, имеющих и не имеющих функциональные трудности. Ваши ответы являются конфиденциальными.

7. Являетесь Вы **глухим(-ой)** или имеете Вы серьезные **проблемы со слухом**?

Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?

8. Являетесь Вы **слепым (слепой)** или имеете Вы серьезные **проблемы со зрением**, даже при использовании очков?

Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?

Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если Вы/лицо не достигли/достигло возраста 5 лет

9. Испытываете ли Вы серьёзные трудности при ходьбе или подъеме по лестнице?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я не желаю отвечать Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?
10. Наблюдаются ли у Вас серьезные трудности при концентрации внимания, запоминании или принятии решений в связи с наличием у Вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я не желаю отвечать Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?
11. Испытываете ли Вы серьезные трудности при одевании или купании?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я не желаю отвечать Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?
12. Испытываете ли Вы серьезные трудности в обучении выполнению действий, которые способны выполнять большинство лиц Вашего возраста?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я не желаю отвечать Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?
13. При использовании Вашего обычного (родного) языка, испытываете ли Вы серьезные трудности в общении , (например, в понимании окружающих или выражении своих мыслей таким образом, чтобы окружающие понимали вас)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я не желаю отвечать Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?

Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если Вы/лицо не достигли/достигло возраста 15 лет

14. Испытываете ли Вы трудности в самостоятельном выполнении таких заданий, как посещение кабинета врача или совершение покупок, в связи с наличием у Вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я не желаю отвечать Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?
15. Испытываете ли Вы серьезные трудности с перечисленными ниже состояниями: настроением, сильными чувствами, контролем над своим поведением, бредом или галлюцинациями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю <input type="checkbox"/> Я не желаю отвечать Если да, то в каком возрасте возникла эта потеря или нарушение слуха?