

Первинний медичний огляд претендентів на отримання притулку

ВИХІДНІ ДАНІ (АНАМНЕЗ)

	ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР СИСТЕМИ UMAREK:
Загальна інформація	КРАЇНА НАРОДЖЕННЯ: У якій країні Ви народились? Країна народження <input type="checkbox"/> Інформація відсутня	РІВЕНЬ ОСВІТИ: Яким є найвищий ступінь освіти, яку ви отримали або ступеня освіти? <input type="checkbox"/> Без освіти АБО початковий ступінь <input type="checkbox"/> початковий ступінь середньої освіти <input type="checkbox"/> старші класи середньої освіти <input type="checkbox"/> закінчена середня освіта <input type="checkbox"/> нижчий ступінь вищої освіти <input type="checkbox"/> закінчена освіта нижчого ступеня вищої освіти <input type="checkbox"/> вищий ступінь освіти <input type="checkbox"/> дослідницька ступінь вищої освіти (ліценціат, доктор) <input type="checkbox"/> ступінь освіти невідома	
	РІВЕНЬ ГРАМОТНОСТІ: Наскільки добре ви вмієте читати? <input type="checkbox"/> Вмію читати будь-який текст <input type="checkbox"/> Вмію читати простий текст <input type="checkbox"/> Вмію читати імена, слова та дуже прості речення <input type="checkbox"/> Зовсім не вмію		
	КРАЇНИ ПРОЖИВАННЯ: У яких країнах ви проживали перед приїздом до Фінляндії? Запишіть країни, в яких ви проживали	ПРОФЕСІЯ І РОБОТА: У якій галузі або сфері ви працювали в першу чергу перед приїздом до Фінляндії? <input type="checkbox"/> Військовослужбовці <input type="checkbox"/> Керівники <input type="checkbox"/> Фахівці з спеціальної галузі <input type="checkbox"/> Фахівці <input type="checkbox"/> Офісні працівники та персонал по роботі з клієнтами <input type="checkbox"/> Працівники сфери послуг та продажі <input type="checkbox"/> Рільники, працівники лісової галузі <input type="checkbox"/> Працівники будівельної, ремонтної та виробничої галузей <input type="checkbox"/> Працівники технологічного виробництва та транспортної сфери <input type="checkbox"/> Інші працівники <input type="checkbox"/> Сфера або галузь невідома	
	УМОВИ: Ви проживали на вулиці, в таборі для біженців, у центрі прийому претендентів на отримання притулку або перебували у слідчому ізоляторі чи в'язниці? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> На вулиці <input type="checkbox"/> У таборі для біженців <input type="checkbox"/> У центрі прийому претендентів на отримання притулку <input type="checkbox"/> У слідчому ізоляторі <input type="checkbox"/> У в'язниці <input type="checkbox"/> Невідомо		
Хвороби	СТАН ЗДОРОВ'Я: Як ви почуваетесь зараз? <input type="checkbox"/> Дуже добре <input type="checkbox"/> Добре <input type="checkbox"/> Задовільно <input type="checkbox"/> Погано <input type="checkbox"/> Дуже погано	ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: Чи є у вас хронічне захворювання або проблема зі здоров'ям? Захворюваннями можуть бути, наприклад, гіпертонія, депресія, хвороби серця або алергія. <input type="checkbox"/> Перелічіть захворювання <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
	АНАМНЕЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ: Чи хворіли ви раніше особисто, член вашої сім'ї або ваші близькі туберкульозом? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	ПЕРІОДИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЛІКАРНІ ТА ОПЕРАЦІЇ: Чи були у вас періоди суттєвих медичних досліджень або лікувань, перебування в лікарні чи операції? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
Лікування	ЛІКУВАННЯ НА ДАНИЙ МОМЕНТ: Які ліки ви приймаєте зараз? Чи були вам призначені певні ліки, які ви не використовуєте зараз?		

Стан здоров'я на даний момент	СИМПТОМИ: Чи були у вас протягом останнього місяця симптоми або недуги? Симптомами можуть бути, наприклад, зубний та головний біль або біль у спині та у животі, симптоми шкірних захворювань чи безпричинне схуднення. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
	ПІДВИЩЕНА ТЕМПЕРАТУРА (ЛИХОМАНКА): Чи спостерігалася у вас протягом минулого місяця підвищена температура, що тривала понад три тижні? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	КАШЕЛЬ: Чи спостерігався у вас протягом минулого місяця кашель зі слизом чи кров'ю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
	ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗДІБНОСТІ: Чи обмежує вас якась проблема зі здоров'ям у повсякденній діяльності? Варіанти відповіді: <input type="checkbox"/> Не обмежує <input type="checkbox"/> Обмежує, але не суттєво <input type="checkbox"/> Обмежує суттєво	
	ЗІР: Чи є у вас проблеми із зором, які обмежують вашу повсякденну діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	СЛУХ: Чи є у вас проблеми зі слухом, які обмежують вашу повсякденну діяльність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо

Психічне благополуччя	ПЕРЕЖИТІ ШОКУЮЧІ ПОДІЇ: Іноді з людьми трапляються речі, які надзвичайно шокуючі для людини, і можуть мати довгострокові наслідки для її здоров'я та благополуччя. Далі я запитав вас про кілька таких випадків. Чи переживали ви такі шокуючі речі: Вас кували? Ви стали жертвою сексуального насильства? Вас змусили під тиском або обманом робити те, що ви не хотіли робити? Чи були у вас інші шокуючі події? Які саме? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Торттури <input type="checkbox"/> Сексуальне насильство <input type="checkbox"/> Примус <input type="checkbox"/> Інший травматичний досвід <input type="checkbox"/> Невідомо	
	ТРАВМИ: Чи є у вас травма, що спричинена від насильства або нещасного випадку? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	ЗАГРОЗА НАСИЛЬСТВА: Чи відчуваєте ви зараз загрозу насильства? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
	СИМПТОМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я (ОПИТАННЯ PROTECT): Далі я запитав вас про симптоми, які, наприклад, можуть бути спричинені вищезгаданими пережитими подіями. Дайте відповідь на запитання на основі досвіду останніх тижнів: <input type="checkbox"/> труднощі зі сном <input type="checkbox"/> спалахи гніву <input type="checkbox"/> втрата інтересу <input type="checkbox"/> кошмари <input type="checkbox"/> болючі спогади <input type="checkbox"/> труднощі з концентрацією <input type="checkbox"/> головний біль <input type="checkbox"/> страх <input type="checkbox"/> інші фізичні болі <input type="checkbox"/> забудькуватість Бали за шкалою Protect: ____/10	
	СУЇЦИДАЛЬНА ІДЕАЦІЯ (ДУМКИ ПРО САМОГУБСТВО): Чи були у вас думки щодо бажання завдати собі шкоди протягом останніх кількох тижнів? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	

Звички догляду за своїм здоров'ям	ТЮТЮНОВІ ВИРОБИ: Чи курите ви або використовуєте інші продукти з вмістом нікотину, як, наприклад, електронні сигарети чи кальян? Ви курили раніше й кинули? <input type="checkbox"/> Сигарети <input type="checkbox"/> Снюс <input type="checkbox"/> Електронні сигарети <input type="checkbox"/> Інше	ВЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ: Як часто? <input type="checkbox"/> Щодня <input type="checkbox"/> Іноді <input type="checkbox"/> Ніколи <input type="checkbox"/> Кинули палити
	ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ: Чи вживаєте Ви алкоголь? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	
	ТЕСТ ЩОДО ОЦІНКИ СПОЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ, AUDIT-C: 1. Як часто ви вживаєте пиво, вино чи інші алкогольні напої? Враховуйте також ті рази, коли ви вживали лише невелику кількість напою, наприклад, пляшку пива середньої міцності або ковток вина. <input type="checkbox"/> Ніколи (0) <input type="checkbox"/> Прибл. раз на місяць або рідше (1) <input type="checkbox"/> 2-4 рази на місяць (2) <input type="checkbox"/> 2-3 рази на тиждень (3) <input type="checkbox"/> 4 рази на тиждень або частіше (4)	2. Скільки доз алкоголю ви зазвичай випивали в ті дні, коли його вживали? <input type="checkbox"/> 1-2 дози (0) <input type="checkbox"/> 3-4 дози (1) <input type="checkbox"/> 5-6 дози (2) <input type="checkbox"/> 7-9 дози (3) <input type="checkbox"/> 10 або більше (4)

ВЖИВАННЯ ІНШИХ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН: Ви вживали інші психоактивні речовини, такі як, наприклад, канабіс, кат або інші наркотики чи ліки з метою сп'яніння?

<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Снотворні або заспокійливі препарати	<input type="checkbox"/> Гамма або лак
<input type="checkbox"/> Опіоїди	<input type="checkbox"/> Галюциногени	<input type="checkbox"/> Канабіс
<input type="checkbox"/> Стимулянти	<input type="checkbox"/> Розчинники	<input type="checkbox"/> Інші

ПРОБЛЕМИ, ЩО ПОЗВ'ЯЗАНІ З МЕНСТРУАЦІЄЮ: Чи маєте ви проблеми, що пов'язані з менструацією?

<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Проблеми з болем у період менструації	<input type="checkbox"/> Рясна менструація
<input type="checkbox"/> Нерегулярні менструації	<input type="checkbox"/> Інші проблеми, які саме?	

Сексуальне та репродуктивне здоров'я	ВАГІТНІСТЬ: Ви вагітна?	ОСТАННЯ МЕНСТРУАЦІЯ: Коли у вас була остання	КІЛЬКІСТЬ ВАГІТНОСТЕЙ: Ви коли-небудь були вагітні? Якщо так, скільки разів?	КІЛЬКІСТЬ ПОЛОГІВ: Ви народжували? Якщо так, то скільки разів?
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо			

Далі у мене будуть запитання щодо сексуальних партнерів. У такий спосіб ми можемо обговорити, чи потрібна вам інформація, обстеження та лікування, що пов'язані з цим. Важливо, щоб ви відповідали на запитання відповідно до вашої власної ситуації, не замислюючись про те, що є загальноприйнятим у вашій спільноті. У Фінляндії нікого не можна дискримінувати через статеві ознаки, секс або сексуальну поведінку.

СЕКС: Чи займалися ви сексом протягом останнього минулого року?	КІЛЬКІСТЬ ПАРТНЕРІВ: З якою кількістю осіб ви перебували у сексуальному зв'язку протягом останнього минулого року?
<input type="checkbox"/> Сексу не було <input type="checkbox"/> Секс з особою протилежної статі <input type="checkbox"/> Секс з одностатевим партнером <input type="checkbox"/> Не хочу відповідати	<input type="checkbox"/> Тільки з одним <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> більше, ніж з 10 <input type="checkbox"/> Не відповідати

КОНТРАЦЕПЦІЯ: Чи потребуєте ви контрацепції для запобігання вагітності або засоби профілактики статевих захворювань?

<input type="checkbox"/> Не потребую і не користуюсь	<input type="checkbox"/> Потребую, але не користуюсь	<input type="checkbox"/> Користуюся контрацепцією
<input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати		

ОБРІЗАННЯ: Чи потребуєте ви контрацепції для запобігання вагітності або засоби профілактики статевих захворювань?

<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо
--

ІНША ПОПЕРЕДНЯ ІНФОРМАЦІЯ

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РИЗИКИ (наприклад, алергія на ліки)

НИНІШНІЙ СТАН (СТАТУС)

ШКІРА: Чи під час огляду шкіри були якісь відхилення від норми?	ДОСЛІДЖЕННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ: Чи можна помітити відхилення, досліджуючи ротову порожнину?
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо

ІНШІ ЗАУВАЖЕННЯ ЩОДО ПОТОЧНОГО СТАНУ

ФІЗІОЛОГІЧНІ ВИМІРЮВАННЯ

КРОВ'ЯНИЙ ТИСК І ПУЛЬС:

ТЕМПЕРАТУРА ТІЛА:

ВАГА, КГ: Чи відбулися зміни у вашій вазі за останній рік?

ЗРІСТ, СМ:

ІНДЕКС МАСИ ТІЛА (ВМІ):

ЩЕПЛЕННЯ

ЗРОБЛЕНІ ЩЕПЛЕННЯ: Які щеплення ви отримали / ваша дитина отримала перед приїздом до Фінляндії?

Жодних щеплень Деякі щеплення Всі щеплення з країни виїзду

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВАКЦИНАЦІЮ: Запишіть отримані вакцини

ПЛАН

ПОДАЛЬШИЙ ПЛАН

ПОДАЛЬШЕ ЛІКУВАННЯ ТА ДОДАТКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

Рентген легень Скринінгові аналізи крові Первинний огляд лікаря
 Медсестра приймального центру Лікар Стоматолог Консультація
 Охорона здоров'я школярів або учнів Соціальний працівник
 інше направлення або замовлення часу на прийом

ІНСТРУКТАЖ:

Медичні послуги Ліки для самотерапії Психічне здоров'я Харчування
 Гігієна рота Інші рекомендації

ЗГОДА НА ПЕРЕДАЧУ ДАНИХ:

Згода дана
 Обмежена згода
 Згоди не дано

ЗГОДА НА ОТРИМАННЯ ДАНИХ:

Згода дана
 Обмежена згода
 Згоди не дано

ПІДПИС: