

# Первичный медицинский осмотр соискателей убежища [РУССКИЙ]

Aikuisten turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastus [Venäjä]

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ (АНАМНЕЗ)	
	<p><b>ФАМИЛИЯ И ИМЯ:</b></p> <p><b>ДАТА РОЖДЕНИЯ:</b></p> <p><b>РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР UMAREK:</b></p>
Общая информация	<p><b>СТРАНА РОЖДЕНИЯ:</b> В какой стране Вы родились? <i>Страна рождения / Нет информации</i></p> <p><b>УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ:</b> Какова самая высокая ступень полученного Вами образования или степени образования? <i>Без образования ИЛИ начальная ступень / начальная ступень среднего образования / старшие классы среднего образования / среднее законченное образование / низшая ступень высшего образования / законченное образование низкой ступени высшего образования / высшая ступень образования / исследовательская ступень высшего образования (лицензиат, доктор) / ступень образования неизвестна.</i></p>
	<p><b>ПРОФЕССИЯ И РАБОТА:</b> В какой отрасли Вы работали главным образом до приезда в Финляндию? <i>Солдаты / Руководители / Специалисты особой отрасли / Специалисты / Офисные работники и персонал по работе с клиентами / Работники сферы услуг и продаж / Земледельцы, работники лесной отрасли / Работники строительной, ремонтной и производственной отраслей / Технологические работники производства и транспортной сферы / Прочие работники / Сфера неизвестна</i></p> <p><b>ГРАМОТНОСТЬ:</b> Насколько хорошо Вы владеете грамотой? <i>Умею читать любой текст / Умею читать простой текст / Умею читать имена, слова и очень простые фразы / Читать не умею.</i></p>
	<p><b>РЕГИОНЫ ПРЕБЫВАНИЯ:</b> В каких странах Вы проживали до прибытия в Финляндию? <i>Перечислите страны проживания / Других стран проживания не имеется / Неизвестно</i></p> <p><b>УСЛОВИЯ:</b> Вы проживали на улице, в лагере для беженцев, в центре приёма соискателей убежища или находились в подразделении содержания под стражей или в тюрьме? <i>Нет / На улице / В лагере для беженцев / В центре приёма соискателей убежища / В подразделении содержания под стражей / В тюрьме / Неизвестно</i></p>
Болезни	<p><b>САМОЧУВСТВИЕ:</b> Как Вы чувствуете себя в настоящий момент? Варианты Вашего ответа: <i>Очень хорошо / Хорошо / Удовлетворительно / Плохо / Очень плохо</i></p> <p><b>ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:</b> Страдаете ли Вы какой-то хронической болезнью или проблемой со здоровьем? Заболеваниями могут быть, например, гипертония, депрессия, сердечное заболевание или аллергия. <i>Перечислите заболевания / Нет / Неизвестно</i></p>
	<p><b>АНАМНЕЗ ТУБЕРКУЛЁЗА:</b> Болели ли ранее Вы лично, член Вашей семьи или Ваши близкие туберкулёзом? <i>Да / Нет / Неизвестно</i></p> <p><b>ПЕРИОДЫ ПРЕБЫВАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ И ОПЕРАЦИИ:</b> Были ли у Вас периоды значительных медицинских исследований или лечения, пребывания в больнице или операции? <i>Да / Нет / Неизвестно</i></p>
Лечение	<p><b>ЛЕЧЕНИЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ:</b> Какие лекарства Вы используете в настоящий момент? Были ли Вам назначены какие-то лекарства, которые Вы не используете в настоящий момент?</p>

Состояние здоровья на данный момент	<b>СИМПТОМЫ:</b> Были ли у Вас в течение последнего месяца симптомы или недуги? Симптомами могут быть, например, зубная боль, головная боль или боль в спине, боль в животе, симптомы кожных заболеваний или беспричинное похудение. <i>Да / Нет / Неизвестно</i>	
	<b>ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА:</b> Наблюдалась ли у Вас в течение прошедшего месяца повышенная температура, длившаяся более трёх недель? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>	<b>КАШЕЛЬ:</b> Наблюдался ли у Вас в течение прошедшего месяца кашель с мокротой или кровью? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>
	<b>ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ:</b> Ограничивает ли какая-либо проблема со здоровьем Вашу повседневную деятельность? Варианты Вашего ответа: <i>Не ограничивает / Ограничивает, но не существенно / Ограничивает существенно</i>	
	<b>ЗРЕНИЕ:</b> Имеется ли у Вас проблема со зрением, которая ограничивает Вашу повседневную деятельность? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>	<b>СЛУХ:</b> Имеется ли у Вас проблема со слухом, которая ограничивает Вашу повседневную деятельность? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>

Психическое благополучие	<b>ШОКИРУЮЩИЕ ПЕРЕЖИТЫЕ СОБЫТИЯ:</b> Иногда с людьми происходят события, которые являются чрезвычайно шокирующими. Они могут иметь также долговременное влияние на здоровье и благосостояние. Далее я задам Вам вопросы о некоторых таких событиях. Пришлось ли Вам испытать следующие шокирующие события: Подвергаться пыткам? Быть жертвой сексуального насилия? Вынужденно, под давлением или принуждённо обманным путём делать то, чего Вы не хотели делать? Испытать другие шокирующие события? Какие именно? <i>Нет / Жертва пыток / Жертва сексуального насилия / Жертва принуждения / Другой травматический опыт / Неизвестно</i>	
	<b>УВЕЧЬЯ:</b> Имеется ли у Вас увечье или травма, возникшие в результате насилия или несчастного случая? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>	<b>УГРОЗА НАСИЛИЯ:</b> Испытываете ли Вы в настоящий момент угрозу насилия? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>
	<b>СИМПТОМЫ СО СТОРОНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ОПРОС PROTECT):</b> Далее я задам Вам вопросы по поводу симптомов, которые, например, могут быть вызваны вышеупомянутыми пережитыми событиями. Ответьте на вопросы на основании опыта последних недель: <input type="checkbox"/> трудности с засыпанием <input type="checkbox"/> вспышки гнева <input type="checkbox"/> утрата интереса <input type="checkbox"/> кошмары <input type="checkbox"/> тяжёлые воспоминания <input type="checkbox"/> трудности со сосредоточением <input type="checkbox"/> головная боль <input type="checkbox"/> страх <input type="checkbox"/> иная физическая боль <input type="checkbox"/> забывчивость                      Баллы по шкале Protect: ___/ 10	
	<b>СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ:</b> Появлялись ли у Вас в течение последних недель желания причинить себе вред? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>	

Привычки ухода за здоровьем	<b>ТАБАЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ:</b> Курите ли Вы или используете иную продукцию с содержанием никотина, как например, электронные сигареты или шишу, или же Вы курили раньше и бросили? <i>Сигареты / Снюс / Электронные сигареты / Иное</i>	<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ:</b> Как часто? <i>Ежедневно / Время от времени / Никогда / Я бросил(-а)</i>	
	<b>УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ:</b> Употребляете ли Вы алкоголь? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>		
	<b>ТЕСТ AUDIT-C:</b> 1. Как часто Вы пьёте пиво, вино или другие алкогольные напитки? Учитывайте также те разы, когда Вы употребили лишь малое количество напитка, например, бутылку пива средней крепости или глоток вина. <input type="checkbox"/> Никогда (0) <input type="checkbox"/> Примерно раз в месяц или реже (1) <input type="checkbox"/> 2-4 раза в месяц (2) <input type="checkbox"/> 2-3 раза в неделю (3) <input type="checkbox"/> 4 раза в неделю или чаще (4)	2. Как часто Вы выпивали за один раз шесть или больше доз? <input type="checkbox"/> Никогда (0) <input type="checkbox"/> Реже, чем раз в месяц (1) <input type="checkbox"/> Раз в месяц (2) <input type="checkbox"/> Один раз в неделю (3) <input type="checkbox"/> Ежедневно или почти ежедневно (4)	3. Сколько доз алкоголя Вы обычно выпивали в те дни, когда употребляли алкоголь? <input type="checkbox"/> 1-2 дозы (0) <input type="checkbox"/> 3-4 дозы (1) <input type="checkbox"/> 5-6 дозы (2) <input type="checkbox"/> 7-9 дозы (3) <input type="checkbox"/> 10 или больше (4)  Количество баллов ___/ 16
	<b>УПОТРЕБЛЕНИЕ ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ:</b> Вы употребляли другие психоактивные средства, как например, каннабис, кат или иные наркотики или лекарства в целях опьянения? <i>Нет / Опиоиды / Стимулянты / Снотворные или успокаивающие средства / Галлюциногены / Растворители / Гамма или лак / Каннабис / Иные / Неизвестно</i>		

Сексуальное и репродуктивное здоровье	<b>ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С МЕНСТРУАЦИЕЙ:</b> Есть ли у Вас проблемы, связанные с менструацией? <i>Нет / Проблемы с болью в период менструации / Обильная менструация / Нерегулярные менструации / Иные проблемы, какие именно?</i>			
	<b>БЕРЕМЕННОСТЬ:</b> Вы беременны? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>	<b>ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ:</b> Когда у Вас была последняя менструация?	<b>ЧИСЛО БЕРЕМЕННОСТЕЙ:</b> Были ли Вы когда-либо беременны? Если да, то сколько раз?	<b>ЧИСЛО РОДОВ:</b> Вы рожали? Если да, то сколько раз?
	<b>Далее я задам вопросы по поводу партнёров по сексу. Таким образом мы сможем обсудить, нуждаетесь ли Вы в информации, исследованиях и лечении в связи с этим. Важно, чтобы Вы ответили на вопросы в соответствии со своей ситуацией, не задумываясь о том, что вообще принято в Вашем сообществе. В Финляндии никого нельзя дискриминировать по причине половых признаков, секса или сексуального поведения.</b>			
	<b>СЕКС:</b> Находились ли Вы в сексуальной связи в течение последнего истекшего года? <i>Секса не было / Секс с лицом противоположного пола / Секс с лицом того же пола / Не желаю отвечать</i>		<b>ЧИСЛО ПАРТНЕРОВ:</b> С каким количеством лиц Вы находились в сексуальной связи в течение последнего истекшего года? <i>Только с одним / 1-10 / более, чем с 10 / Не желаю отвечать</i>	
	<b>КОНТРАЦЕПЦИЯ:</b> Нуждаетесь ли Вы в контрацепции для предотвращения беременности или заражения половыми заболеваниями? <i>Не нуждаюсь и не пользуюсь / Нуждаюсь, но не пользуюсь / Пользуюсь контрацепцией / Не желаю отвечать</i>			
	<b>ОБРЕЗАНИЕ:</b> В некоторых странах девочкам и мальчикам делают обрезание, которое может повлиять на состояние здоровья. Вам было сделано обрезание? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>			

<b>ПРОЧАЯ ИСХОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ</b>

<b>ИНФОРМАЦИЯ О РИСКАХ (напр., аллергия на лекарственные средства)</b>

<b>НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ (СТАТУС)</b>	
<b>КОЖА:</b> Можно ли заметить отклонения, исследуя кожу? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>	<b>ИССЛЕДОВАНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ:</b> Можно ли заметить отклонения, исследуя ротовую полость? <i>Да / Нет / Неизвестно</i>

<b>ПРОЧИЕ ЗАМЕЧАНИЯ О НЫНЕШНЕМ СОСТОЯНИИ</b>

<b>ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ</b>		
<b>КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ПУЛЬС:</b>		<b>ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА:</b>
<b>ВЕС, КГ:</b> Имеют ли место изменения в весе?	<b>РОСТ, СМ:</b>	<b>ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ВМІ):</b>

<b>ПРИВИВКИ</b>
<b>ПРЕЖНИЕ ПРИВИВКИ:</b> Какие прививки Вы получили / Ваш ребёнок получил до приезда в Финляндию? <i>Никаких прививок / Какие-то прививки / Все прививки исходной страны</i>
<b>ИНФОРМАЦИЯ О ПРИВИВКАХ:</b>

<b>ПЛАН</b>	
ПЛАН:	
<b>ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:</b> <i>Рентген лёгких / Проверочный анализ крови / Первичный врачебный осмотр / Медсестра приёмного центра / Врач / Стоматолог / Консультация / Здравоохранение школьников или учащихся / Социальный работник / Другое направление или бронирование времени</i>	
<b>ИНСТРУКТАЖ:</b> <i>Услуги здравоохранения / Лекарства для самотерапии / Психическое здравоохранение / Сексуальное и репродуктивное здоровье / Питание / Гигиена рта / Прочий инструктаж</i>	
<b>СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ:</b> <i>Согласие дано / Ограниченное согласие / Согласия не дано</i>	<b>СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ДАННЫХ:</b> <i>Согласие дано / Ограниченное согласие / Согласия не дано</i>
ПОДПИСЬ:	