PUBLIC HEALTH DIVISION
ScreenWise Program

Программа обследования с целью выявления наличия определённых заболеваний ScreenWise
Пакет документов для регистрации пациента для участия в программе

Oregon Health Authority

Служба, производящая регистрацию: _____ Название места регистрации: _____

Номер медицинской карты: _____ Дата регистрации: _____

Полное имя пациента:		
Дата рождения: _____	Пол: ☐ Женский ☐ Мужской ☐ Другой	☐ Является ли бездомным или имеет ли постоянное место жительства? (*Если да, отметьте эту клеточку и ниже запишите только почтовый индекс и название округа*)
Домашний адрес:	Номер квартиры:	
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
По телефону:		Округ:

Имеете ли вы медицинское страхование или страхование по программе Medicaid?	☐ Да ☐ Да, но этого недостаточно для удовлетворения моих потребностей ☐ 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?	☐ Да ☐ Нет ☐ Не знаю/не уверен(-а) ☐ Предпочитаю не отвечать
Расовая принадлежность (*отметьте один или несколько вариантов*):	☐ Американский индеец или коренной житель Аляски ☐ Азиат ☐ Чернокожий или афроамериканец ☐ Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов ☐ Европеец ☐ Не знаю/не уверен(-а) ☐ Предпочитаю не отвечать
На каком языке вы предпочитаете читать материалы?	☐ Английский ☐ Испанский ☐ Другое:

*** Передайте всю информацию из пакета регистрационных документов администрации программы ScreenWise в течение пяти рабочих дней**

Согласие клиента

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

В рамках программы ScreenWise могут оплачиваться:

- Общие обследования для выявления наличия заболеваний и диагностика рака молочной железы или шейки матки
- Общее обследование пациентов 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 заболевамости
- 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 (BCCTP).

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

- Моё участие в программе может начаться за три месяца до момента подписи 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 правомочности и отсутствия с моей стороны просьбы об исключении меня из 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 информацией о моем состоянии здоровье 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 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% от 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 отвечаем на любые вызовы по линии трансляционной связи; кроме того, вы можете набрать номер 711.

FOR PROVIDER USE ONLY	
Patient service eligibility	
Does the patient need breast or cervical cancer diagnostic services?	☐ 21-49 years old* ***Patients 21-49 are not eligible for enrollment unless diagnostic services are needed** ☐ 50 years or older
Breast cancer assessment *selections do not affect eligibility*	
Ashkenazi Jewish origin?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ Refused
Has patient, or any of their close blood related relatives ever been diagnosed with breast, fallopian tube, male breast, melanoma, ovarian, pancreatic, peritoneal, or prostate cancers?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ Refused
Breast cancer risk?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown
Breast cancer services	
CBE date: _____ (MM/YYYY)	☐ Normal exam/benign finding ☐ Abnormal/suspicious for cancer ☐ Not performed
Mammogram ordered?	☐ Yes ☐ No ☐ Sent directly for diagnostics (*e.g. ultrasound, etc.*)
Cervical cancer assessment *selections do not affect eligibility*	
Previous pap?	☐ Yes, date (*if known*): _____ (MM/YYYY) ☐ No ☐ Unknown
Cervical cancer risk?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown
Cervical cancer screening services	
Pap date: _____ (MM/YYYY)	☐ Routine screening ☐ Surveillance ☐ Pap elsewhere, referred in for diagnostics ☐ Pap after primary HPV+ ☐ No pap done ☐ No cervical services performed
HPV ordered?	☐ Yes ☐ No