

**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



Служба, производящая регистрацию: _____ Название места
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 (BCSTP).

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*):

Patient service eligibility

Does the patient need breast or cervical cancer diagnostic services?	<input type="checkbox"/> 21-49 years old* *Patients 21-49 are not eligible for enrollment unless diagnostic services are needed <input type="checkbox"/> 50 years or older
---	---

Breast cancer assessment **selections do not affect eligibility**

Ashkenazi Jewish origin?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Refused
Breast cancer risk?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

Breast cancer services

CBE date: _____ (MM/DD/YYYY)	<input type="checkbox"/> Normal exam/benign finding <input type="checkbox"/> Abnormal/suspicious for cancer <input type="checkbox"/> Not performed
Current Mammogram ordered?	<input type="checkbox"/> Yes (<i>screening or diagnostic</i>) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sent directly for additional diagnostics (<i>e.g. ultrasound, biopsy, etc.</i>)

Cervical cancer assessment **selections do not affect eligibility**

Last Pap (<i>prior to current enrollment</i>)?	<input type="checkbox"/> Yes, date (<i>if known</i>): _____ (MM/DD/YYYY) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Cervical cancer risk?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

Cervical cancer screening services

Pap date: _____ (MM/DD/YYYY)	<input type="checkbox"/> Routine screening <input type="checkbox"/> Surveillance after recent abnormal Pap <input type="checkbox"/> No Pap, Colposcopy ordered <input type="checkbox"/> No Pap, other diagnostics ordered <input type="checkbox"/> No Pap, other screening services provided <input type="checkbox"/> No cervical services performed
HPV ordered?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**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.

4б. 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

5б. 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?