STATE OF MARYLAND
DHMH

የመጀመሪያ ምርመራ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ): _____
የመጨረሻ ምርመራ ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ): _____

የስደተኞች የጤና ምርመራ ማጠቃለያ

የሕዝብ መረጃ

ስም (የአያት፣ ያንተ፣ የአባት)		ጾታ ☐ ወንድ ☐ ሴት		የስደተኛ ቁጥር
የልደት ቀን (ወወ/ቀቀ/ዓዓዓዓ)	አድራሻ	የስፖንሰር ስም እና ስልክ ቁጥር		የጉዳይ አስተዳዳሪ ስም እና ስልክ ቁጥር
የጤና ምርመራ ወኪል	የበድጋሚ አሰፋፈር/ፈቃደኛ ወኪል	ወደ ዩ ኤስ የገባህበት ቀን	የተወለድክበት አገር	የምርመራ ሐኪም/ነርስ

የምርመራ ውጤቶች

ውጤት: ☐ የስደተኛ የጤና ምርመራ ተሟልቷል ☐ መደበኛ ያልሆነ ምርመራ ወይም የጤና ታሪክ (እታች ያለው መልእቶችን ተመልከት) ☐ እርግዝና
☐ ሰገራ/ኦቫ ወይም ፓራሳይት ካለው በሰሮሎጂ ተመርምሯል ☐ የያለ ቲቢ ሕክምና ☐ ቲቢ ☐ ሌላ _____

የላቦራቶሪ ትእዛዝ: ☐ የኦ እና ፒ ሰገራ ☐ ስፒዩተም ☐ የደረት ኤክስሬይ ☐ የክትባት ታይተር ☐ ሙሉ የደም መጠን (ሲ. ቢ. ሲ) እስከነልዩነቱ
☐ የደም ለድ መጠን ☐ የጉበት ተግባር ምርመራ (ኤል ኤፍ ቲ) ☐ የኤች ኣይ ቪ. ምርመራ ☐ ሄፐታይተስ ቢ. አንቲጀን ☐ ስፊሊስ (ኣር ፒ ኣር)
☐ ጎኖሪያ/ክለሚድያ

የላቦራቶሪ ውጤቶች (የጤና ምርመራ ወረቀት ተመልከት): የጤና ምርመራ ወረቀትን አያይዘሽዋል? ☐ አዎ ☐ አይ

የተሰጡ ክትባታቶች: ☐ ኤም ኤም ኣር ☐ ቫሪሰላ ☐ ሄፐታይተስ ቢ. ☐ ዲ ቲ ኤይ ፒ/ቲ ዲ ኤይ ፒ/ቲ ዲ ☐ ኢንፍሉወንዛ ☐ ትዊንሪክስ (ሄፐታይተስ ኤይ እና ቢ.) ☐ ሌላ _____

የክትባት ታይተር—የሚከተሉት ክትባቶች ያሉት:
☐ ሚዝልስ ☐ ማምፕስ ☐ ሩበላ ☐ ቫሪሰላ ☐ ሄፐታይተስ ቢ. ☐ ሄፐታይተስ ሲ.

ወደ ሌላ አካል ማስተላለፍ

ወደሚከተሉት ተላልፈሻል: ☐ ተጨማሪ ሕክምና እንዲሰጥህ ወደ ቀዳማዊ ክብካቤ ሰጪ ☐ የጥርስ ሐኪም
☐ ዳብልዩ ኣይ ሲ/የአመጋገብ ሙያተኛ ☐ ኦፕቶሜትሪስት ☐ ኦ ቢ/ጂ ዋይ ኤን
☐ ተጨማሪ ምርመራ/ወይም መድሃኒት ለመጀመር የሚሆን የኤል ኤች ዲ ቲ ቢ ዕቅድ (የኤል ኤች ዲ/ሌላ ማስተላለፊያ ማእከል: _____)
☐ ሙያተኛ የ _____
☐ ሌላ _____
☐ ምንም

በ _____ **ውስጥ ለ** _____ **የሚሆን ቀጣይ ቀጠሮ ያስፈልግሃል።**
(የተወሰነ ጊዜ ስጥ) (የተወሰነ ምክንያት ስጥ)

መድሃኒት

መድሃኒቶች ታዘዋል? ☐ አዎ ☐ አይ

እባክህ የመድሃኒቶች ስም እና የታዘዙበት ምክንያት ዝርዝር ስጥ

_____
_____
_____

መድሃኒቶች የኤም ሲ ኦ አሰራር እንደሚከተሉ ተፈትሸዋል? ☐ አዎ ☐ አይ

ቀጣይ እርምጃ

☐ ሐኪምህ ዘንድ ቀጠሮ ለመያዝ የዋስትና ካርድ ላይ ወዳለው ቁጥር ደውል።
☐ ቀጣዩ ቀጠሮህ በ _____ (ቀን/ሰዓት) ለ _____ (ምክንያት) ነው።
☐ ስለ የስደተኛ የጤና ምርመራ ማንኛውም ጥያቄ ወይ የሚያሳስብ ነገር ካለህ ወደ _____ ደውል።
☐ መድሃኒት በተሰጠህ ትእዛዝ መሰረት ውሰድ።
☐ የሲ. ዲ. ሲ. ተከታይ የሰገራ ፓራሳይቶች መምሪያ መመሪያ: http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf.
☐ የዚህ ወረቀት ቅጂ ለሐኪምህ ወይም ነርስህ ስጣቸው።

መልእክቶች

_____
_____
_____

_____ _____ _____
ወረቀቱን የሞላው ሰው ስም ወረቀቱን የሞላው ሰው ፊርማ ቀን