ولاية ميريلاند

وزارة الصحة البدنية والعقلية

تاريخ المتابعة المبدئية (ش ش / ي ي / س س): _____

تاريخ المتابعة النهائية (ش ش / ي ي / س س): _____

موجز تقييم صحة اللاجئين

البيانات الديموغرافية

الاسم (الأخير، الأول، الأوسط)	**الجنس** ☐ذكر ☐ أنثى		**رقم الأجنبي**
تاريخ الميلاد (ش ش / ي ي / س س)	**العنوان**	**اسم الراعي ورقم هاتفه**	**اسم مدير الحالة ورقم هاتفه**
وكالة المتابعة الصحية	**إعادة التوطين/ وكالة تطوعية**	**تاريخ الوصول إلى الولايات المتحدة** / **دولة الميلاد**	**طبيب/ممرضة المتابعة**

نتائج التقييم

التشخيص: ☐اكتمل تقييم صحة االلاجئين ☐ نتائج غير عادية للفحص أو التاريخ الطبي (انظر الملاحظات أدناه) ☐حمل

☐ وجود بويضات أو طفيليات في اختبار البراز/المصل ☐ علاج سل خفي ☐ سل ☐**أخرى** _____

التحاليل المطلوبة: ☐ تحليل البويضات الطفيليات في البراز ☐ البصاق ☐ أشعة سينية على الصدر ☐ مقويات المناعة ☐ عد دموي شامل (CBC) مع الاختلاف

☐ في مستوى الرصاص في الدم ☐ اختبار وظائف الكبد (LFT) ☐ تحليل الفيروس المسبب لمرض الإيدز (HIV)

☐ مضاد التهاب الكبد B ☐ الزهري (RPR) ☐ السيلان/المتدثرة

نتائج التحاليل (انظر نموذج تقييم الصحة): هل نموذج تقييم الصحة مرفق؟ ☐ نعم ☐ لا

اللقاحات المقدمة: ☐ لقاح الحصبة والنكاف والحميراء ☐ جدري الماء ☐ التهاب الكبد B ☐ الدفتريا والسعال الديكي والتيتانوس ☐الإنفلونزا

☐ Twinrix (التهاب الكبد A وB) ☐ أخرى _____

مقويات المناعة - محصن ضد:

☐ الحصبة ☐ التهاب الغدة النكفية ☐ الحصبة الألمانية ☐ جدري الماء ☐ التهاب الكبد B ☐ التهاب الكبد C

الإحالة

لقد تمت إحالتك إلى: ☐ مقدم الرعاية الأساسية للحصول على المزيد من الرعاية الطبية ☐ طبيب الأسنان ☐ تغذية تكميلية خاصة/طبيب تغذية

☐ أخصائي تصحيح بصر ☐ طبيب توليد ونساء

☐ برنامج السل في وزارة الصحة المحلية للمزيد من التقييم/بدء العلاج (وزارة الصحة المحلية/مركز إحالة آخر: _____)

☐ أخصائي _____

☐ آخر _____

☐ لا شيء

ستحتاج إلى موعد متابعة في خلال _____ (تحديد مدة) **من أجل** _____ (تحديد غرض).

العلاجات

العلاجات الموصوفة؟ ☐ نعم ☐ لا

يرجى سرد أسماء العلاجات وسبب وصفها:

_____

_____

_____

تمت مراجعة العلاجات على كتيب وصفات منظمة الرعاية المدارة (MCO)؟ ☐ نعم ☐ لا

الخطوات التالية

☐ اتصل بالرقم الموجود على بطاقة التأمين الخاصة بك لتحدد موعدًا مع طبيبك.

☐ موعدك التالي هو _____ (التاريخ/الوقت) من أجل _____ (الغرض).

☐ اتصل على _____ إذا كانت لديك أية أسئلة أو قلق بشأن تقييم صحة اللاجئين الخاص بك.

☐ خذ العلاج حسب التوجيهات.

☐ المتابعة الموصى بها لطفيليات البراز حسب إرشادات مركز مكافحة الأمراض: http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf.

☐ قم بإعطاء نسخة من هذا النموذج لطبيبك أو ممرضتك.

ملاحظات

_____

_____

_____ التاريخ

_____ توقيع الشخص الذي ملأ النموذج

_____ اسم الشخص الذي ملأ النموذج