

# Бланк регистрации для участия в программе ScreenWise

Ответьте на все вопросы

Отправьте на адрес [screenwise.info@odhsoha.oregon.gov](mailto:screenwise.info@odhsoha.oregon.gov)

Необходимо вернуть в программу ScreenWise в течение 5 дней с момента регистрации

Название службы, производящей регистрацию: \_\_\_\_\_

Название учреждения, производящего регистрацию: \_\_\_\_\_

Вид регистрации: Лично (подпись обязательна)

Дистанционно (напишите «дистанционно» в строке для подписи)

Номер медицинской записи: \_\_\_\_\_ Дата регистрации: \_\_\_\_\_

Полное имя пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Гендерная идентичность: \_\_\_\_\_

(например, женщина, мужчина или небинарное лицо)

Является бездомным или имеет 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: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_

Имеете ли вы медицинское страхование или страхование по программе Medicaid?

Да

Да, но этого недостаточно для удовлетворения моих потребностей

Нет

Каков общий размер ежемесячного дохода вашей семьи?

долл. \_\_\_\_\_ в месяц

(Это общая сумма до вычета налогов для всех членов семьи)

Сколько человек проживает в вашей семье? (включая вас)

\_\_\_\_\_ человек(а)

## Согласие клиента

Программа ScreenWise в штате Орегон (ScreenWise) представляет собой программу Управления здравоохранения штата Орегон, предназначенную для снижения заболеваемости раком груди и 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
- 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, а также планировать мое обслуживание и участие в соответствующих диагностических обследованиях и/или процедурах, связанных 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 этот 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): \_\_\_\_\_

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с программой ScreenWise по эл. почте [screenwise.info@odhsoha.oregon.gov](mailto:screenwise.info@odhsoha.oregon.gov) или тел. 503-580-0652 (оператор/смс). Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.

## Право пациента на участие в программе

Возраст от 18 года до 39 лет и потребность в услугах по диагностике рака груди или шейки матки. Да  
Возраст 40 лет или старше и потребность в услугах по диагностике рака груди или шейки матки. Да

## Обследование на наличие рака молочной железы \*выбор не влияет на наличие права на участие в программе\*

Находитесь ли вы в группе высокого риска развития рака молочной железы? Да Нет Неизвестно

## Услуги по выявлению рака молочной железы

Клинический осмотр груди (текущий период зачисления): Нормальный  
Дата клинического осмотра груди (ММ/ДД/ГГГГ): \_\_\_\_\_ Результат атипичный/подозрение на злокачественное образование  
Обследование не было проведено

Имеется ли назначение на прохождение маммографии? Да (осмотр или диагностика)  
Направлен(-а) непосредственно для прохождения дополнительной диагностики (например, УЗИ, биопсия, и прочее)  
Никаких услуг, связанных с осмотром груди, предоставлено не было

## Обследование на выявление наличия рака шейки матки \*выбор не влияет на право участия в программе\*

Дата последнего мазка Папаниколау (до текущей регистрации)? Да, дата (если известно): \_\_\_\_\_  
Нет  
Неизвестно

Находитесь ли вы в группе высокого риска развития рака шейки матки? Да Нет Неизвестно

## Обследование для выявления наличия рака шейки матки

Обследование шейки матки, назначенное в данный момент  
Плановый мазок Папаниколау  
Наблюдение после недавнего атипичного результата мазка Папаниколау  
Мазок Папаниколау не был взят, был назначен другой вид диагностической процедуры  
Кольпоскопия  
Другие виды диагностики шейки матки  
Услуги по лечению шейки матки не предоставлялись

Был ли назначен тест ВПЧ? Да Нет

## 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 свою расовую и этническую принадлежность, язык общения и уровень своих 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, отметьте ответ «Предпочитаю не отвечать». Если при заполнении бланка этого 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)

Не желаю отвечать

2. Что из нижеперечисленного описывает ваше расовое или этническое происхождение? Пожалуйста, отметьте ВСЕ применимые варианты.

#### Лицо латиноамериканского происхождения

Выходец из стран Центральной Америки  
Мексиканец  
Выходец из стран Южной Америки  
Испаноговорящий или латиноамериканец другого происхождения

#### Коренной житель Гавайских островов и островов Тихого океана

Чаморро (коренной житель острова Чаморро)  
Выходец с Маршалловых островов  
Выходец из стран сообщества Микронезийского региона  
Коренной житель Гавайских островов  
Самоанец  
Выходец с других островов Тихого океана

#### Европеец

Уроженец Восточной Европы  
Славянин  
Уроженец Западной Европы  
Европеец другого происхождения

#### Американский индеец или коренной житель Аляски

Американский индеец  
Коренной житель Аляски  
Канадский инуит, метис или представитель «Первой нации»  
Абориген Мексики, Центральной Америки или Южной Америки

#### Чернокожий и афроамериканец

Афроамериканец  
Африканец карибского происхождения  
Эфиоп  
Сомалиец  
Африканец (чернокожий) другого происхождения  
Чернокожий другого происхождения

#### Выходец из стран Ближнего Востока/Северной Африки

Уроженец Ближнего Востока  
Выходец из стран Северной Африки

#### Азиат

Азиатский индус  
Камбоджиец  
Китаец  
Представитель сообществ Мьянмы  
Филиппинец  
Хмонг  
Японец  
Кореец  
Лаосец  
Уроженец Южной Азии  
Вьетнамец  
Азиат другого происхождения

#### Прочие категории

Другое, пожалуйста, укажите:

Я не знаю  
Не желаю 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 свою основную расовую или этническую принадлежность, указанную выше.

У меня нет только 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.

Я не знаю

Не желаю 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, отличный от английского или языка жестов.

4б. На каком языке вы желаете общаться с нами лично, по телефону или виртуально?

---

4с. На каком языке вы предпочитаете вести с нами переписку?

---

5а. Нуждаетесь ли вы в услугах **устного переводчика** для того, чтобы мы могли общаться с вами?

Да

Нет

Я не знаю

Не желаю отвечать

5б. Если вам требуется переводчик, укажите, какой вид устного перевода предпочтительнее?

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, отличный от английского или языка жестов.

6. Как хорошо вы говорите по-английски?

Очень хорошо

Хорошо

Не очень хорошо

Вообще не говорю

Я не знаю

Не желаю отвечать

## Уровень недееспособности/способности

Ваши ответы помогут нам выявить различия в медицинском обслуживании и предоставлении услуг лицам, имеющим и не имеющим сложности в выполнении функциональных задач. Ваши ответы конфиденциальны.

7. Являетесь вы **глухим(-ой)** или имеете вы серьезные **проблемы со слухом?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать  
**Если да,** то в каком возрасте возникло это заболевание? \_\_\_\_\_

8. Являетесь вы **слепым(ой)** или имеете вы серьезные **проблемы со зрением,** даже при использовании очков? Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать  
**Если да,** то в каком возрасте возникло это заболевание? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если вы/лицо не достигли/достигло возраста 5 лет

9. Испытываете ли вы серьезные трудности **при ходьбе или подъеме по лестнице?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать  
**Если да,** то в каком возрасте возникло это заболевание? \_\_\_\_\_

10. Наблюдаются ли у вас серьезные трудности с **концентрацией внимания, запоминанием или принятием решений в связи с наличием у вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать  
**Если да,** то в каком возрасте возникло это заболевание? \_\_\_\_\_

11. Испытываете ли вы серьезные трудности при **одевании или купании?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать  
**Если да,** то в каком возрасте возникло это состояние? \_\_\_\_\_

12. Испытываете ли вы серьезные **трудности в обучении** выполнению действий, которые способно выполнять большинство лиц вашего возраста? Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать  
**Если да,** то в каком возрасте возникло это состояние? \_\_\_\_\_

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)?
- Да                      Нет                      Неизвестно                      Не желаю отвечать
- Я не понимаю суть этого вопроса
- Если да**, то в каком возрасте возникло это состояние? \_\_\_\_\_

**Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если вы/лицо не достигли 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?
- Да                      Нет                      Неизвестно                      Не желаю отвечать
- Если да**, то в каком возрасте возникло это заболевание? \_\_\_\_\_
15. Испытываете ли вы серьезные трудности, когда вам приходится иметь дело со следующим: настроением, сильными чувствами, контролем за своим поведением, бредом или галлюцинациями?
- Да                      Нет                      Неизвестно                      Не желаю отвечать
- Я не понимаю суть этого вопроса
- Если да**, то в каком возрасте возникло это заболевание? \_\_\_\_\_

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с программой ScreenWise по эл. почте [screenwise.info@odhsoha.oregon.gov](mailto:screenwise.info@odhsoha.oregon.gov) или тел. 503-580-0652 (оператор/смс). Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.