Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Để cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất, chúng tôi hỏi tất cả các bệnh nhân trong dự án *Thay Đổi Hàng Đầu* những câu hỏi sau:

* 1. Trong năm vừa qua, quý vị hay bất cứ thành viên gia đình nào mà quý vị sống chung **không thể** có được bất kỳ mục nào trong các mục sau đây khi **thực sự cần** không? Đánh dấu tất cả những lựa chọn áp dụng.

|  |  |
| --- | --- |
| Thực phẩm | Có  Không |
| Các dịch vụ tiện ích | Có  Không |
| Thuốc hoặc mọi Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế (Y Khoa, Nha Khoa, Sức Khỏe Tâm Thần, Nhãn Khoa) | Có  Không |
| Điện thoại | Có  Không |
| Quần áo | Có  Không |
| Chăm Sóc Trẻ Em | Có  Không |

Khác (Vui lòng viết rõ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tôi chọn không trả lời câu hỏi này

* 1. Việc thiếu phương tiện giao thông có gây khó khăn cho quý vị trong việc đến các cuộc thăm khám y tế, hội họp, làm việc hoặc có được những thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày không? Đánh dấu tất cả những lựa chọn áp dụng.

Có, điều đó khiến tôi không thể đến các cuộc thăm khám y tế được hoặc đi lấy thuốc

Có, điều đó khiến tôi không thể đến các cuộc gặp mặt phi y tế, hội họp, làm việc được hoặc có được những thứ cần thiết

Không

Tôi chọn không trả lời câu hỏi này

* 1. Mức độ thường xuyên quý vị gặp gỡ và nói chuyện với người mà quý vị quan tâm và cảm thấy gần gũi? (Ví dụ: Nói chuyện với bạn bè qua điện thoại, đến thăm bạn bè và gia đình, đi nhà thờ hoặc gặp gỡ câu lạc bộ)

Ít hơn một lần một tuần

1 hoặc 2 lần một tuần

3 hoặc 5 lần một tuần

5 hoặc nhiều lần một tuần

Tôi chọn không trả lời câu hỏi này

* 1. Sự căng thẳng là khi ai đó cảm thấy bồn chồn, lo lắng, lo sợ hoặc không thể ngủ vào ban đêm vì tâm trí của họ phiền muộn. Quý vị căng thẳng ở mức độ nào?

Không hề

Một chút

Đôi chút

Khá nhiều

Rất nhiều

Tôi chọn không trả lời câu hỏi này

* 1. Quý vị có cảm thấy an toàn về mặt thể chất lẫn tinh thần ở nơi quý vị đang sống không?

Có

Không

Không chắc

Tôi chọn không trả lời câu hỏi này

* 1. Trong năm vừa qua, quý vị có lo sợ về bạn tình sống chung hoặc bạn tình đã từng sống chung với mình không?

Có

Không

Không chắc

Tôi đã không có bạn tình trong năm qua

Tôi chọn không trả lời câu hỏi này

* 1. Tình trạng nghề nghiệp hiện nay của quý vị?

Thất nghiệp

Làm việc bán thời gian hoặc làm việc tạm thời

Làm việc toàn thời gian

Không phải thất nghiệp, nhưng cũng không đang tìm việc (ví dụ: sinh viên, người đã về hưu, người khuyết tật, người chăm sóc chính không được trả lương) Vui lòng viết rõ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tôi chọn không trả lời câu hỏi này

* 1. Học vị cao nhất mà quý vị đã hoàn thành là gì?

Dưới trung học phổ thông

Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc GED

Trên trung học

Tôi chọn không trả lời câu hỏi này

* 1. Trong hai tuần qua, quý vị có bị làm phiền vì cảm thấy không hứng thú hoặc thích thú khi làm việc không?

Có  Không

* 1. Trong hai tuần qua, quý vị có bị làm phiền vì cảm giác thất vọng, chán nản hay vô vọng không?

Có  Không

* + 1. **Nam giới:** Trong năm vừa qua, quý vị đã uống từ 5 cốc đồ uống trở lên trong một ngày bao nhiêu lần?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 1. **Phụ nữ:** Trong năm vừa qua, quý vị đã uống từ 4 cốc đồ uống trở lên trong một ngày bao nhiêu lần?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Trong năm vừa qua, quý vị đã sử dụng thuốc tiêu khiển hoặc sử dụng thuốc kê toa không vì lý do y tế bao nhiêu lần?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_