

Демографическая информация			
Фамилия, Имя, Отчество:			Дата заполнения:
Дата рождения (ДД, ММ, ГГГГ):	Возраст:	Пол: Мужской/Женский	Основной язык общения:
Расовая принадлежность:		Говорите ли Вы по-английски? ДА/НЕТ	
Причина обращения к нам в клинику MeridianHealthGroup? (Выберите все приемлемые варианты) Хроническая боль, Депрессия, Наркотическая зависимость, Алкоголизм, Другое:			

Врачи, которым потребуются Ваши данные (если это необходимо)			
Имя	Адрес	Телефон	Факс
Имя	Адрес	Телефон	Факс
Имя	Адрес	Телефон	Факс

Врачи, у которых можно спросить о ваших историях болезней (если их нет у Вас на руках)			
Имя	Адрес	Телефон	Факс
Имя	Адрес	Телефон	Факс
Имя	Адрес	Телефон	Факс

Подробнее о состоянии здоровья			
Оцените Ваше ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ (выберите) Хорошее/ Среднее/ Ниже среднего/ Плохое			
Оцените Ваше ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ (выберите) Хорошее/Среднее/Ниже среднего/Плохое			
Рост (приблизительно) М СМ	Вес (приблизительно) КГ	Увеличение или потеря веса. За какой период времени? набрал(а) кг или потерял(а) кг за недель	
Дата последнего визита к терапевту	Имя лечащего врача (если Вы хотите, чтобы мы координировали лечение)		Телефон
Дата последнего визита к психиатру	Имя психиатра (если Вы хотите, чтобы мы координировали лечение)		Телефон

Информация о боли	
Если вы страдаете от физической боли, пожалуйста, заполните этот раздел	
Опишите обстоятельства, при которых Вы начали ощущать боль и ее динамику (укажите дату травмы). Есть ли ухудшения/ улучшения или боль остается прежней?	
Как долго Вы страдаете от боли? лет месяцев	
Укажите количество врачей, у которых Вы лечились с момента возникновения боли: 0-3 4-5 6-10 11-15 16-20 более 20	
Сколько раз Вам приходилось обращаться в скорую помощь в связи с болью за последний год? _____ обращений	
Какова была самая тяжелая боль? (отсутствие боли) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (невыносимая боль)	
Выберите число от 0 до 10, отображающее примерную интенсивность ежедневной боли . (отсутствие боли) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (невыносимая боль)	
Укажите обстоятельства, при которых ваша боль ухудшается : Сидение/ Стояние/ Отдых/ Тепло/ Холод/ Ходьба/ Физические упражнения/ Секс/ Прикосновения/ Другое: _____	
Укажите обстоятельства, при которых Вы чувствуете улучшение : Сидение/ Стояние/ Отдых/ Тепло/ Холод/ Ходьба/ Физические упражнения/ Секс/ Прикосновения/ Другое: _____	

Опишите Вашу боль: Острая/ Тупая/ Колющая/ Электрическая/ Онемение/ Пощипывание/ Жгущая/ Холодная/ Пульсирующая/ Другая

Выберите слово, характеризующее Вашу боль:
Отсутствие Боли/ Слабая Боль/ Дискомфорт/ Недомогание/ Очень сильная/ Невыносимая/ Другая: _____

Какое лечение применялось в прошлом?

<u>Процедуры</u>	<u>Частота</u>	<u>Когда?</u>	<u>Процедуры</u>	<u>Частота</u>	<u>Когда?</u>
<input type="checkbox"/> Симпатическая блокада			<input type="checkbox"/> Физиотерапия		
<input type="checkbox"/> Фасетный блок			<input type="checkbox"/> Акупунктура		
<input type="checkbox"/> Эпидуральная инъекция			<input type="checkbox"/> Банки		
<input type="checkbox"/> Инъекции болевых точек			<input type="checkbox"/> Мануальная терапия		
<input type="checkbox"/> Электростимуляция			<input type="checkbox"/> Массаж		
<input type="checkbox"/> Стимулятор спинного мозга			<input type="checkbox"/> Вытягивание позвоночника		
<input type="checkbox"/> Сегментарная блокада нервов			<input type="checkbox"/> Ризотомия?		
<input type="checkbox"/> Интратекальная помпа			<input type="checkbox"/> Другие: _____		

Медицинская история и госпитализации

Вы когда-либо были госпитализированы? **ДА/НЕТ**

Если ДА, поясните, пожалуйста:

Вы страдаете от хронических заболеваний? **ДА/ НЕТ** (отметьте, есть ли у Вас нижеперечисленные болезни)

Наркомания	Рак	Фибромиалгия	Избыток холестерина	Повышенная кислотность
Тревожные состояния	Депрессия	Сердечно-сосудистые заболевания	Мигрени	Судороги
Артрит	Диабет	Высокое кровяное давление	Невропатия	Расстройство сна

Если ДА, пожалуйста, поясните:

Хирургия

Вам приходилось переносить хирургические вмешательства? **ДА/ НЕТ**

Если ДА, пожалуйста, поясните:

Просмотрите следующий список. Если у вас имеются или имелись какие-нибудь из этих симптомов, выберите ответ 'ДА' и дайте пояснение.

<u>Общие</u>	<u>Пояснения к ответам</u>		
Потеря/увеличение веса	НЕТ	ДА	
Ночная потливость	НЕТ	ДА	
Жар/ Озноб	НЕТ	ДА	
Кожные заболевания	НЕТ	ДА	
Травмы головы	НЕТ	ДА	
Глазные болезни/слабое зрение	НЕТ	ДА	
Боль в ушах/плохой слух	НЕТ	ДА	
Проблемы с носом	НЕТ	ДА	
Проблемы с шейей/горлом	НЕТ	ДА	
Проблемы с зубами/челюстью	НЕТ	ДА	

<u>Грудная клетка</u>			Пояснения к ответам
Астма	НЕТ	ДА	
Эмфизема	НЕТ	ДА	
Рак легких	НЕТ	ДА	
Туберкулез	НЕТ	ДА	
Пневмония	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Сердце и сосуды</u>			Пояснения к ответам
Инфаркт миокарда	НЕТ	ДА	
Боль в груди	НЕТ	ДА	
Высокое давление	НЕТ	ДА	
Операция на сердце	НЕТ	ДА	
Аритмия	НЕТ	ДА	
Пороки сердца	НЕТ	ДА	
Варикоз/тромбы сосудов ног	НЕТ	ДА	
Незаживающие язвы кожи	НЕТ	ДА	
Затруднения дыхания	НЕТ	ДА	
Опухшие ноги/ руки	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Мочеполовая система</u>			Пояснения к ответам
Почечные камни	НЕТ	ДА	
Инфекция мочевого пузыря	НЕТ	ДА	
Задержка мочеиспускания	НЕТ	ДА	
Диализ	НЕТ	ДА	
Венерические болезни	НЕТ	ДА	
Недержание мочи	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Кости/Суставы/Мышцы</u>			Пояснения к ответам
Переломы	НЕТ	ДА	
Артрит	НЕТ	ДА	
Остеопороз	НЕТ	ДА	
Фибромиалгия	НЕТ	ДА	
Красная волчанка	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Нервная система</u>			Пояснения к ответам
Головные боли	НЕТ	ДА	
Головокружение	НЕТ	ДА	
Судороги	НЕТ	ДА	
Инсульт	НЕТ	ДА	
Травма головного мозга/спинного мозга	НЕТ	ДА	
Рассеянный склероз	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Спина</u>			Пояснения к ответам
Повреждения/ боль в шее	НЕТ	ДА	
Повреждения/боль в спине	НЕТ	ДА	
Проблемы с дисками позвоночника	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Кровь</u>			Пояснения к ответам
Анемия (малокровие)	НЕТ	ДА	
Проблемы свертываемости крови	НЕТ	ДА	
Переливания крови	НЕТ	ДА	
СПИД/ВИЧ	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Желудок/Пищевод/Кишечник</u>			Пояснения к ответам
Хронический понос	НЕТ	ДА	
Язва/Изжога	НЕТ	ДА	
Запор	НЕТ	ДА	
Красный или черный стул	НЕТ	ДА	
Расстройство желудка из-за приема лекарственных средств	НЕТ	ДА	
Гепатит	НЕТ	ДА	
Желчные камни	НЕТ	ДА	
Анорексия/Булимия	НЕТ	ДА	
Недержание стула	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Эндокринные/Лимфатические</u>			Пояснения к ответам
Диабет	НЕТ	ДА	
Проблемы с щитовидной железой	НЕТ	ДА	
Увеличение лимфатических узлов	НЕТ	ДА	
Проблемы с обменом веществ	НЕТ	ДА	
Проблемы с надпочечниками	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Психологические</u>			Пояснения к ответам
Депрессия	НЕТ	ДА	
Проблемы с памятью	НЕТ	ДА	
Навязчивые состояния	НЕТ	ДА	
Психотерапия	НЕТ	ДА	
Мысли о суициде	НЕТ	ДА	
Посттравматический синдром	НЕТ	ДА	
Расстройство внимания	НЕТ	ДА	
Психиатрическая госпитализация	НЕТ	ДА	
Снижение аппетита	НЕТ	ДА	
Приступы паники	НЕТ	ДА	
Галлюцинации	НЕТ	ДА	
Сонливость	НЕТ	ДА	
Бессонница	НЕТ	ДА	
Другие проблемы	НЕТ	ДА	

<u>Семейная медицинская история</u>		
Пожалуйста, перечислите все серьезные заболевания, которыми страдают члены Вашей семьи. В этот список входят такие болезни, как: рак, инсульт, высокое кровяное давление, диабет, хроническая боль, депрессия, тревога, а также злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами и другие.		
	Прошлые и настоящие <u>Медицинские</u> проблемы	Прошлые и настоящие <u>Психические</u> проблемы
Отец		
Мать		
Брат(ья)		
Сестра(ы)		
Дети		
Другие родственники		

Оцените Ваше детство:

Хорошее **Сложное**

Жестокое обращение, насилие в детстве: *Словесные оскорбления* *Физическое насилие* *Сексуальное насилие* *Издевательство*

Отсутствие заботы (поясните): _____ **Другое:** _____

Ежедневная активность		
Оцените уровень Вашей активности по шкале от 1 до 10 (низкий) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (очень высокий)		
Вы работаете? ДА/НЕТ		
Если ДА :	Ваша профессия?	Место работы?
	Как долго Вы работаете на этом месте?	Сколько часов в день Вы работаете?
Если НЕТ :	Как долго Вы находитесь без работы	Чем Вы занимались до потери работы?

Если Вы не работаете, как вы проводите свой день?			
Занимаетесь ли Вы спортом, и каким?			
У Вас есть хобби?	ДА	НЕТ	Если "ДА", поясните:
Вы на инвалидности?	ДА	НЕТ	Причина? Поясните:
Вы способны выполнять домашнюю работу?	ДА	НЕТ	Поясните:
Какое у Вас образование?		Специальность:	
Какова продолжительность Вашего образования (в годах)?		Ученая степень/ Диплом (в случае окончания ВУЗа):	
Вы когда-нибудь служили в армии?	ДА	НЕТ	Звание:
Укажите род войск:		Сколько лет?	Причина демобилизации:
			Травмы/ ранения на службе:

Семья			
Ваше семейное положение:			
Женат/ Замужем (сколько времени? _____) Холостой/Незамужняя Разведен(а) (сколько времени? _____)			
Вдовец/Вдова: (сколько времени? _____) Гражданский брак (сколько времени _____) Помолвлен(а) _____			
Количество браков, включая настоящий:		Количество браков у супруги/ супруга, включая настоящий:	
Имя супруги/ супруга:	Возраст:	Образование:	
Род деятельности:	Оказывают ли Вам моральную поддержку члены Вашей семьи? ДА/НЕТ		
Имеются ли проблемы со злоупотреблением алкоголя/ наркотиками у членов Вашей семьи? ДА/НЕТ			

Дети			
Пожалуйста, заполните информацию о детях от настоящего или предыдущих браков:			Проживают с Вами?
Имя	Возраст	Пол	ДА/НЕТ
Имя	Возраст	Пол	ДА/НЕТ
Имя	Возраст	Пол	ДА/НЕТ
У вас хорошие отношения с Вашими детьми? ДА/ НЕТ			

Религиозные взгляды	
У Вас есть религиозные предпочтения? ДА/НЕТ	Если «ДА», то какие?
Вы уделяете время молитве или медитации? ДА/НЕТ	
Оцените Ваше участие в религиозных мероприятиях (не участвую) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (активно участвую)	
Выберите число от 0 до 10, отображающее значение духовности в Вашей жизни: (неважно) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (очень важно)	
Выберите число, отображающее, насколько Ваша религиозность помогает Вам справляться с жизненными проблемами: (не имеет воздействия) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (очень помогает)	

Выберите число от 0 до 10, отображающее Ваше участие в **общественных мероприятиях**:
 (отсутствие участия) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (активное участие)

Вредные привычки

Вы курите? **ДА/НЕТ** Сколько сигарет в день?

Сколько лет Вы курите? Были ли попытки бросить? **ДА/НЕТ**

Вы употребляете алкоголь? **ДА/НЕТ** Как часто?

У Вас был период в жизни, при котором вы страдали алкогольной зависимостью? **ДА/НЕТ**

Употребляли ли Вы нелегальные наркотики? **ДА/НЕТ** Если «ДА», то какие?

Кокаин	Экстази	Героин	ЛСД	Марихуана	Метамфетамин	Галлюциногенные/ Психосибиные грибы	ПСП	Внутренние или нюхательные препараты	Другие виды злоупотреблений?
--------	---------	--------	-----	-----------	--------------	---	-----	---	---------------------------------

Другие: Когда использовали в последний раз?

У Вас наблюдалась зависимость от лекарственных средств? **ДА/НЕТ** Если «Да», пожалуйста, поясните:

Вы когда-нибудь лечились от зависимостей ? **ДА/НЕТ** Если «Да», пожалуйста, поясните:

Были ли проблемы с законом из-за алкоголя/наркотиков? **ДА/НЕТ**

Если «ДА», то когда?

У Вас есть или были в прошлом проблемы с законом? **ДА/НЕТ**

Поясните:

Заводилось ли на Вас когда-нибудь уголовное дело? **ДА/НЕТ**

Поясните:

Объявляли ли Вы банкротство в прошлом? **ДА/НЕТ** Если «ДА», то когда:

Планируете ли Вы объявить банкротство в ближайшем будущем? **ДА/НЕТ**

Половая жизнь

Ответы на эти вопросы помогут нам оценить уровень Вашей функциональности и следить за его прогрессом

Какова ваша сексуальная ориентация? **Гетеросексуал/ Гомосексуал/ Бисексуал**

Вы сексуально активны? **ДА/НЕТ**

Выберите число от 0 до 10, изображающее Вашу сексуальную активность.
 (неудовлетворительная) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (полная удовлетворенность)

Выберите число от 0 до 10, изображающее Вашу физическую возможность заниматься сексом.
 (невозможность участия) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (активное участие)

Ваши ожидания

Каковы Ваши ожидания от лечения в MeridianHealthGroup?

Ваша подпись: Дата: