

صفحة واحدة لمسح احتياجات الشخص الصحية والاجتماعية تعطى للمستهلك

Single page screener of health and social needs

Consumer administered

الغرض منها: مساعدة مقدّمي الخدمات في استبيان مسحي
لاحتياجات المستهلك.

المستهلك

الاسم:

Name:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

تاريخ الولادة:

Sex:

الجنس:

UR Number:

رقم السجل التعريفي:

أو ضع اللاصقة التعريفية هنا

or affix label here

الرجاء تكملة التفاصيل التالية لتساعدنا في التعرف بك من أجل تزويدك بأفضل خدمة ممكنة.
إن مشاركتك في إكمال استطلاع الآراء هذا طوعية، وتتعامل مع معلوماتك بسرية تامة، وفقاً لنظام الخصوصية.

ما هو السبب الرئيسي لوجودك هنا اليوم؟

العبارات التالية هي أمثلة عن الأمور التي قد تكون مشكلات أو مسائل تهّم الناس.
يرجى وضع علامة صح ✓ بجانب كل العبارات التي تنطبق عليك، وضع علامة صح ✓ قرب أي مادة ترغب في مناقشتها. تجاهل أي عبارات لا تنطبق عليك. وقم بتسليم الإستمارة المكتملة إلى مقدّ الخدمة الذي تتعامل معه في بداية موعدك.

السؤال	ضع علامة صح ✓	أرغب في مناقشة ذلك (ضع علامة صح ✓)
أواجه صعوبة في مهامي اليومية (كارتداء الملابس والإستحمام أو تحضير الوجبات الغذائية)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قد قال لي الطبيب أو أحد اخصائيي الصحة بأنه لدي مرض صحي (مثل التهاب المفاصل، ارتفاع ضغط الدم، سكري، مرض في القلب، سرطان، هشاشة العظام، ربو، مرض رئوي، مرض مزمن في الكلى أو مرض آخر).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
واجهت مؤخراً مشكلات في أسناني أو فمي أو اللثة أو طاقم الأسنان.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا قلق بشأن أدويتي.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا قلق بشأن قلة حركتي البدنية.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا قلق بشأن وزني.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لقد نقص وزني مؤخراً دون أن أحاول تخفيف وزني.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حالياً أدخن التبغ (السجائر أو التباك)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لقد أقلعت عن تدخين التبغ في السنوات الخمس الماضية.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا قلق بشأن كمية الكحول التي أتناولها.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا قلق بشأن تعاطي المخدرات.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا قلق بشأن لعبي القمار.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إن وضعي المالي صعب جداً.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
غالباً ما أشعر بأنني حزين أو محبط.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
غالباً ما أشعر بأنني متوتّر أو قلق ومهموم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لقد شعرت بالخوف من شخص يتحكم بي أو يؤذي.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أنا مشرّد أو معرض لخطر التشرّد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أصنّف صحيّ بأنها سيئة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أصنّف ظروف حياتي بأنها سيئة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

إعداد وزارة الصحة في حكومة فيكتوريا، 2012

This information collected by:

SPSHSN Page 1

Name:

Position/Agency:

Sign:

Date: dd/mm/yyyy / /

Contact number: