

معاینه اولیه سلامت برای پناهجویان بزرگسال

اطلاعات پیشین (تاریخچه و سوابق بیمار)	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:
شماره ثبت اقامت:	
کشور محل تولد: متولد کدام کشور هستید؟ کشور تولد را وارد کنید / اطلاعاتی وجود ندارد	سطح تحصیلی: بالاترین سطح تحصیلات یا مدرک شما چیست؟ بدون تحصیلات در کل یا پیش دبستانی / مقطع ابتدایی پایین / مقطع ابتدایی / متوسطه / سطح متوسطه پایین / مدرک لیسانس / مدرک فوق لیسانس / مدرک تحصیلات تحقیقاتی / سطح تحصیلات نامشخص
حرفه و کار: قبل از آمدن به فنلاند عمدتاً در چه زمینه ای کار می کردید؟ سریازان / مدیران / متخصصان / کارشناسان / کارکنان امور اداری و ارباب رجوعان / کارکنان خدمات و فروش / کشاورزان، کارگران جنگل و غیره / کارگران ساختمانی، تعمیرات و تولیدی / کارگران فرایند و حمل و نقل / سایر کارگران / ناشناس	سواد: چقدر خوب می توانید بخوانید؟ من می توانم انواع متن را بخوانم / من می توانم متن ساده را بخوانم / می توانم نام ها، کلمات و جملات بسیار ساده را بخوانم / نمی توانم بخوانم
مناطق اقامت: قبل از آمدن به فنلاند در کدام کشورها اقامت داشته اید؟ کشورهایی را که در آن اقامت داشته اید ثبت کنید	شرایط: آیا در خیابان، در کمپ پناهندگان، در یک مرکز پذیرش زندگی کرده اید یا در بازداشتگاه یا زندان بوده اید؟ نه / در خیابان / در اردوگاه پناهندگان / در یک مرکز پذیرش پناهجویی / در بازداشتگاه / در زندان / اطلاعی نیست

بیماری ها	
سلامتی ادراک شده: در حال حاضر چه احساسی نسبت به سلامتی خود دارید؟ خیلی خوب / خوب / رضایت بخش / ضعیف / خیلی ضعیف	بیماری های طولانی مدت: آیا بیماری یا مشکلات سلامتی طولانی مدت دارید؟ بیماری ها می توانند برای مثال فشار خون بالا، افسردگی، بیماری قلبی یا آلرژی باشند. ثبت بیماری ها / خیر / بدون اطلاع
تاریخچه سل: آیا شما، یکی از اعضای خانواده یا یکی از نزدیکان در گذشته به بیماری سل مبتلا بوده اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	بخش های بیمارستانی و جراحی: آیا معاینات یا درمان های مهم، بستری شدن در بیمارستان یا عمل های جراحی داشته اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد

دارو	
دارو: در حال حاضر از چه داروهایی استفاده می کنید؟ آیا دارویی برای شما تجویز شده است که در حال حاضر مصرف نمی کنید؟	

وضعیت سلامت فعلی	
علائم بیماری: آیا در یک ماه گذشته علائم یا بیماری هایی داشته اید؟ علائم می تواند به عنوان مثال، دندان درد، سر یا کمر درد، معده درد، علائم پوستی یا کاهش وزن ناخواسته باشد. بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	
داشتن تب: آیا در ماه گذشته تبی داشته اید که بیش از سه هفته طول کشیده باشد؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	سرفه ها: آیا در یک ماه گذشته سرفه ای داشته اید که باعث تولید مخاط یا خون شده باشد؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
توانایی فعالیت: آیا مشکل سلامتی شما را در فعالیت های روزانه محدود می کند؟ گزینه های پاسخ عبارتند از: محدود نمی کند / محدود می کند، اما نه شدید / به شدت محدود می کند	

بنیانی: آیا مشکل بینایی دارید که مانع از انجام فعالیت های روزمره شما شود؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	شنوایی: آیا مشکل شنوایی دارید که مانع از انجام فعالیت های روزمره شما شود؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
--	--

تجربیات تکان دهنده: گاهی اوقات اتفاقاتی برای افراد می افتد که بسیار تکان دهنده است و همچنین می تواند اثرات طولانی مدتی بر سلامت و تندرستی داشته باشد. من در ادامه در مورد چند تجربه از این دست از شما می پرسم. آیا موارد تکان دهنده زیر را تجربه کرده اید: شکنجه شده؟ آیا قربانی خشونت جنسی شده اید؟ آیا مجبور شده اید، تحت فشار قرار گرفته اید، یا فریب خورده اید تا کارهایی را انجام دهید که نمی خواستید انجام دهید؟ آیا تجربه تکان دهنده دیگری داشته اید؟ خیر / شکنجه / خشونت جنسی / اجباری / سایر تجربیات آسیب زا / بدون اطلاعات	رفاه روانی
صدمات: آیا جراحت ناشی از خشونت یا تصادف دارید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	تهدید به خشونت: آیا در حال حاضر تهدید به خشونت را تجربه می کنید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
علائم سلامت روان (پژوهش حفاظتی): در مرحله بعد، در مورد علائمی که مثلاً تجربیات ذکر شده در بالا می تواند ایجاد کند، می پرسم. بر اساس چند هفته گذشته به سوالات پاسخ دهید: [] مشکل در به خواب رفتن [] کابوس [] سردرد [] سایر دردهای فیزیکی [] عصبانی شدن [] یادآوری دردناک [] ترس [] فراموشی [] از دست دادن علاقه [] مشکل در تمرکز محافظت از امتیاز: _____ / 10	
خود آزاری: در چند هفته گذشته، آیا به فکر آسیب رساندن به خودتان بوده اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	

محصول توتون و دخانیات: آیا سیگار می کشید یا از سایر محصولات نیکوتین مانند سیگار الکترونیکی یا قلیان استفاده می کنید یا قبلاً سیگار می کشیدید و مصرف آن را متوقف کرده اید؟ تنباکو / ناس / سیگار الکترونیکی / دیگر	استفاده از محصولات دخانیات: چند وقت یکبار؟ روزانه / گهگاه / هرگز / متوقف شده است
مصرف الکل: آیا مشروبات الکلی مصرف می کنید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	
تست غربالگری مصرف الکل AUDIT-C 1. چند وقت یکبار آبخو، شراب یا سایر مشروبات الکلی می نوشید؟ همچنین مواردی را که فقط مقادیر کمی مصرف می کنید، در نظر بگیرید، به عنوان مثال، یک بطری آبخو متوسط یا یک لیوان شراب؟ [] هرگز (0) [] حدود یک بار در ماه یا کمتر (1) [] 2 - 4 بار در ماه (2) [] 2 - 3 بار در هفته (3) [] 4 بار در هفته یا بیشتر (4)	2. در روزهایی که مصرف می کردید معمولاً چند واحد الکل مصرف کرده اید؟ [] 1-2 واحد (0) [] 3-4 واحد (1) [] 5-6 وعده (2) [] 7 - 9 وعده (3) [] 10 یا بیشتر (4)
3. چند بار تا به حال شش نوبت یا بیشتر را به طور همزمان مصرف کرده اید؟ [] هرگز (0) [] کمتر از یک بار در ماه (1) [] یک بار در ماه (2) [] یک بار در هفته (3) [] روزانه یا تقریباً روزانه (4) تعداد امتیاز: _____ / 16	
استفاده از مسکرات دیگر: آیا از مسکرات دیگری مانند حبشیش، کاتیا یا سایر مواد مخدر یا داروها به منظور نعشه شدن استفاده کرده اید؟ خیر / مواد افیونی / محرک ها / داروها های خواب آور یا آرام بخش / توهم زاها / حلال ها / گاما یا لاکا (هرویین) / حبشیش / سایر / بدون اطلاعات	

مشکلات مربوط به قاعدگی: آیا با دوره های قاعدگی خود مشکل دارید؟ هیچ / درد آزاردهنده در دوران قاعدگی / قاعدگی شدید / قاعدگی نامنظم / سایر / بدون اطلاعات	سلامت جنسی و باروری
بارداری: آیا شما باردار هستید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	ماه های گذشته: آخرین قاعدگی شما چه زمانی بوده است؟
تعداد بارداری: آیا تا به حال باردار شده اید؟ اگر بله چند بار؟	تعداد زایمان ها: آیا زایمان کردی؟ اگر بله چند بار؟
در مرحله بعد، من در مورد شرکای جنسی سؤال می پرسم. به این ترتیب می توانیم در مورد اینکه آیا شما به اطلاعات، آزمایش ها و درمان مرتبط با این مسائل نیاز دارید یا خیر صحبت کنیم. مهم است که شما با توجه به موقعیت خود به سوالات پاسخ دهید بدون اینکه به آنچه در جامعه خود پذیرفته شده است فکر کنید. در فنلاند، شما نمی توانید بر اساس تمایلات جنسی یا رفتار جنسی، علیه کسی تبعیض قائل شوید.	
رابطه جنسی: آیا در سال گذشته رابطه جنسی داشته اید؟ اصلاً رابطه جنسی ممنوع / رابطه جنسی با جنس مخالف / رابطه جنسی با همجنس / نمی خواهد بگوید	تعداد شرکای جنسی: در سال گذشته با چند نفر رابطه جنسی داشته اید؟ فقط یکی / 10-1 / بیشتر از 10 / نمی خواهم بگویم

پیشگیری: آیا برای پیشگیری از بارداری یا بیماری های مقاربتی به روش های پیشگیری از بارداری نیاز دارید؟ بدون نیاز یا استفاده / نیاز است اما استفاده نمی شود / برای پیشگیری از بارداری استفاده می شود / نمی خواهد بگوید
ختنه: در برخی از کشورها، دختران/پسران ختنه می شوند که می تواند اثراتی برای سلامتی داشته باشد. آیا شما ختنه شده اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد

سایر اطلاعات اولیه

اطلاعات ریسک (مثلا آلرژی دارویی)

وضعیت فعلی (وضعیت)
پوست: آیا در معاینه پوست چیز غیر طبیعی وجود دارد؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد.
معاینه دهان: آیا در معاینه دهان چیز غیر طبیعی وجود دارد؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد

سایر ملاحظات در مورد وضعیت فعلی

اندازه گیری های فیزیولوژیکی
فشار خون و ضربان قلب:
وزن، کیلوگرم: آیا در یک سال گذشته تغییری در وزن شما ایجاد شده است؟
طول، سانتی متر:
دمای بدن:
شاخص توده بدنی:

واکسیناسیون ها
واکسیناسیون های قبلی: شما قبل از آمدن به فنلاند چه واکسن هایی دریافت کرده اید/آیا فرزندان دریافت کرده است؟ بدون واکسن / برخی از واکسن ها / همه واکسن ها در کشور مبدأ
اطلاعات واکسیناسیون: واکسن های داده شده ثبت می شوند

برنامه ریزی
برنامه ریزی ادامه درمان:
ادامه درمان و آزمایشهای تکمیلی: رادیوگرافی قفسه سینه / آزمایش های غربالگری خون / معاینه اولیه سلامت توسط پزشک / پرستار VOK / پزشک / دندانپزشک / مرکز بهداشت خانواده (ننولا) بهداشت مدرسه یا دانشجویی / مددکار اجتماعی / سایر ارجاعات یا وقت دهی
راهنمایی: خدمات درمانی / داروهای خود درمانی / سلامت روان / سلامت مبتنی بر جنسی و باروری SELI / تغذیه / سلامت دهان و دندان / سایر راهنمایی ها
رضایت برای واگذاری اطلاعات: رضایت / رضایت محدود / عدم رضایت
رضایتنامه برای تامین: رضایت / رضایت محدود / عدم رضایت
امضا: