**Форма для медицинского обследования на раннем этапе**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** |  |
| **Имя** |  |
| **Дата рождения**  |  |
| **D-номер** |  |
| **Беременность** | Да [ ]  Нет [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Острое заболевание**Наблюдаются ли у вас сейчас какие-либо симптомы/недомогания?(Лихорадка, кашель, одышка, диарея, боли, зубная боль или др.) | Да [ ]  | Нет [ ]  |
| **Хронические заболевания**Есть ли у вас хронические заболевания?(Болезнь сердца или легких, рак, диабет, нарушение обмена веществ, инфекционное заболевание, психическое заболевание или др.) | Да [ ]  | Нет [ ]  |
| **Лекарства**Принимаете ли вы регулярно лекарства, которые вам необходимы сейчас? | Да [ ]  | Нет [ ]  |
| **Функциональные нарушения**Имеются ли у вас функциональные нарушения, требующие постановки на учет и применения вспомогательных средств? | Да [ ]  | Нет [ ]  |
| **Психические симптомы**На протяжении последних двух недель ощущали ли вы подавленность, депрессию и часто возникающее чувство полной безнадежности?Если да,то в какой степени это влияет на вас в повседневной жизни? (Отметить нужное)  [ ]  В малой степени [ ]  В средней степени [ ]  В значительной степени*Оцените потребность в заполнении формы, касающейся психических симптомов / травматических переживаний* | Да [ ]  | Нет [ ]  |

**Вакцинации.** Отметьте, если у вас есть необходимость в следующих вакцинах:

Вакцина MMR (против кори, эпидемического паротита (свинки) и краснухи) [ ]

Вакцина против Covid-19 [ ]

Форма заполнена (дата):.......................................

**Форма для медицинского обследования на раннем этапе –**

**Психические симптомы и травматический опыт**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** |  |
| **Имя** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **D-номер** |  |

*Эта форма не должна применяться ко всем пациентам. Решение относительно необходимости дополнительного картирования, как указано ниже, необходимо принимать в каждом отдельном случае, исходя из полученных сведений о предыдущей жизни пациента (анамнезе), процессе миграции, ранее пережитых стрессов и психических симптомов.*

*Очень важно произвести картирование текущей жизненной ситуации пациента и обеспечить ему возможность поговорить с кем-либо, если его что-то беспокоит и тревожит, или в случае наличия сильных эмоциональных реакций. Цель этого – не упустить из виду ранее пережитые травматические события, могущие привести к развитию психических симптомов с риском ухудшения состояния, и поэтому требующих оказания скорейшей медицинской помощи и организации надлежащего наблюдения впоследствии. Ответы на вопросы – дело добровольное, и нет необходимости вдаваться в детали, если пациент этого не хочет.*

* *Подчеркните в беседе, каковы типичные реакции на травматические события*
* *Выявите необходимость неотложной психиатрической помощи*
* *Объясните, что это только анализ состояния пациента с целью выявления необходимости принятия срочных мер по установлению диспансерного наблюдения*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| Приходилось ли вам покидать свой дом и жить в укрытии/в убежище? |[ ] [ ]
| Подвергались ли вы в смертельной опасности? |[ ] [ ]
| Подвергались ли вы сами психическому или физическому жестокому обращению или сексуальному насилию?  |[ ] [ ]
| Приходилось ли вам быть свидетелем того, как кто-либо был убит или тяжело ранен?  |[ ] [ ]
| Испытываете ли вы страх, который в значительной степени влияет на вашу повседневную жизнь? |[ ] [ ]
| Приходилось ли вам быть свидетелем того, как кто-либо подвергался психическому или физическому жестокому обращению, пыткам или сексуальному насилию? |[ ] [ ]
| Преследуют ли вас навязчивые образы или мысли, от которых трудно избавиться? |[ ] [ ]
| Есть ли у вас проблемы со сном (засыпание, непрерывность сна)? Мучают ли вас ночные кошмары? |[ ] [ ]
| Подвергались ли вы пыткам или бесчеловечному обращению?    (если ДА, сообщите пациенту, что он может быть направлен на дальнейшее обследование) |[ ] [ ]
| Есть ли у вас потребность поговорить об этом с кем-либо?(если ДА, сообщите, что пациент получит соответствующеенаправление) |[ ] [ ]

Форма заполнена (дата):.......................................