**Форма попередньої оцінки стану здоров’я**

|  |  |
| --- | --- |
| **Прізвище** |  |
| **Ім’я** |  |
| **Дата народження**  |  |
| **«D»-номер** |  |
| **Чи вагітні ви?** | Так [ ]  Ні[ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Гострі захворювання**Чи спостерігаєте ви у себе якісь захворювання/дискомфорт?(Лихоманка, кашель, важкість дихання, діарея, будь-який біль, зубний біль тощо) | Так[ ]  | Ні[ ]  |
| **Хронічні хвороби**Чи маєте ви хронічні захворювання?(Хвороби серця або легень, рак, діабет, захворювання щитовидної залози, інфекційні, психічні захворювання тощо) | Так[ ]  | Ні[ ]  |
| **Ліки**Чи вживаєте ви на регулярній основі ті чи інші ліки? | Так[ ]  | Ні[ ]  |
| **Інвалідність**Чи є у вас інвалідність, через яку ви потребуєте подальший догляд/допомогу? | Так[ ]  | Ні[ ]  |
| **Психологічні симптоми**Чи відчували ви останні два тижні пригніченість, депресію і чи мали відчуття, що все безнадійно?Якщо так, то як це впливає на вас у повсякденному житті? (Позначте)  [ ]  Трохи [ ]  Достатньо [ ]  Дуже*Розгляньте необхідність заповнення форми щодо психологічних симптомів/травматичного досвіду*  | Так[ ]  | Ні[ ]  |

**Вакцини.** Позначте, яке щеплення ви потребуєте:

Вакцина КПК [ ]

Вакцина проти Covid-19 [ ]

Форма заповнена (дата): ………………………..

**Форма попередньої оцінки стану здоров’я –**

**Психологічні симптоми та травматичний досвід**

|  |  |
| --- | --- |
| **Прізвище** |  |
| **Ім’я** |  |
| **Дата народження**  |  |
| **«D»-номер** |  |

*Цю форму мають заповнювати не всі. Кожен окремий випадок оцінюється на основі відомої інформації із попередньої історії особи, процесу її міграції, перенесених стресів та існуючих психологічних симптомів для визначення необхідності проведення подальшої оцінки, як зазначено нижче.*

*Важливо оцінити поточну життєву ситуацію пацієнта та мати доступ до когось, з ким можна поговорити про можливі проблеми та занепокоєння або сильні емоційні реакції. Мета полягає в тому, щоб зафіксувати попередній травматичний досвід, який може призвести до психологічних симптомів з ризиком, що вказує на необхідність негайної медичної допомоги, а також забезпечити людині належний подальший догляд. Відповіді є добровільними, і людина не зобов'язана розповідати подробиці, якщо вона цього не хоче.*

* *Під час розмови підкресліть, які типові реакції ви маєте після травматичних подій*
* *Зафіксуйте необхідність негайної психологічної допомоги*
* *Поясніть, що це лише оцінка для виявлення нагальної потреби отримувати подальшу допомогу*

Форма заповнена (дата): ………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Так | Ні |
| Чи доводилося вам залишати свій дім і переховуватися? |[ ] [ ]
| Чи були ви у ситуації, коли під загрозою опинилося ваше життя? |[ ] [ ]
| Чи зазнавали ви психічного, фізичного або сексуального насильства? |[ ] [ ]
| Чи бачили ви, як когось вбили або серйозно поранили?  |[ ] [ ]
| Чи відчуваєте ви тривогу, яка значною мірою впливає на ваше повсякденне життя? |[ ] [ ]
| Чи бачили ви, як когось піддають психічному чи фізичному насильству, катуванням або сексуальному насильству? |[ ] [ ]
| Чи виникають у вас повторювані образи або думки, від яких важко позбутися? |[ ] [ ]
| Вам важко заснути/спати? Чи сняться кошмари? |[ ] [ ]
|  Чи піддавали вас тортурам або нелюдському поводженню? (якщо ТАК, повідомте нам, чи можна направити цю особу далі)     |[ ] [ ]
| Ви хочете з кимось поговорити про це? (якщо ТАК, повідомте нам, чи можна направити цю особу далі) |[ ] [ ]