



Причина:

Направление/оценка участников программы по доставке еды на дом

Эту форму необходимо заполнить и отправить в соответствующее агентство, оказывающее услуги по доставке еды на дом.

Инициатор направления:			
<input type="checkbox"/> Координационная группа по медико-социальной помощи (CCU). _____ <input type="checkbox"/> Организация, предоставляющая медобслуживание (МСО) _____ <input type="checkbox"/> Региональное агентство по делам пожилых людей <input type="checkbox"/> Поставщик питания			
Дни доставки еды пожилому человеку (отметьте все подходящие):			
<input type="checkbox"/> Пн <input type="checkbox"/> Вт <input type="checkbox"/> Ср <input type="checkbox"/> Чт <input type="checkbox"/> Пт <input type="checkbox"/> Все (Пн-Пт) <input type="checkbox"/> Выходные <input type="checkbox"/> Второе питание			
Тип блюд <input type="checkbox"/> Горячие <input type="checkbox"/> Холодные <input type="checkbox"/> Замороженные Особые примечания:			
Уровень приоритетности:			
Сроки предоставления питания (отметьте только один вариант): <input type="checkbox"/> Краткосрочное <input type="checkbox"/> Долгосрочное			
Дата повторной оценки:			
Особые диетические потребности: <input type="checkbox"/> Общее питание <input type="checkbox"/> Диабетическое питание <input type="checkbox"/> Малосолевая диета			
<input type="checkbox"/> Другое (укажите):			
Демографическая информация о пожилем человеке			
ФИО:		Дата рождения:	
Адрес:	Город:	Штат:	Индекс:
Тел.:	Моб. телефон:		
Уполномоченный представитель:		Тел.:	
Контактное лицо для экстренной связи 1:		Контактное лицо для экстренной связи 2:	
Кем приходится:		Кем приходится:	
Домашний/моб. телефон:		Домашний/моб. телефон:	
Этническая принадлежность:	Укажите ваш пол.	Семейное положение:	Тип жилья:
<input type="checkbox"/> Испаноязычный или латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не испаноязычный и не латиноамериканец	(Отметьте только один вариант)	<input type="checkbox"/> Женат/замужем <input type="checkbox"/> Разведен(-на) <input type="checkbox"/> Холост/не замужем <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> Гражданский брак <input type="checkbox"/> Раздельное проживание	<input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Квартира (№: _____) <input type="checkbox"/> Другое (укажите):
Расовая принадлежность (отметьте все подходящие варианты):	<input type="checkbox"/> Мужской		
<input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайев или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Азиат или американец азиатского происхождения	<input type="checkbox"/> Женский		
	<input type="checkbox"/> Другой		
	Вы ветеран?		Льготное жилье:
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
За чертой бедности: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ежемесячный доход:	Кол-во человек, проживающих дома:	
Ограниченное владение английским языком: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите основной язык общения:			

Оценка рисков, связанных с питанием (выберите ответ «да» или «нет»)	Да/Нет
У меня есть заболевание или состояние, из-за которого мне пришлось изменить тип или количество потребляемой пищи.	
Я ем менее двух раз в день.	
Я ем мало фруктов, овощей или молочных продуктов.	
Я почти каждый день выпиваю не менее трёх порций пива, крепких спиртных напитков или вина.	
У меня есть проблемы с зубами или полостью рта, из-за которых мне трудно есть.	
Мне не всегда хватает денег на покупку нужной еды.	
Я ем в основном в одиночестве.	
Я принимаю не менее трех разных рецептурных или безрецептурных препаратов в день.	
За последние шесть месяцев я потерял(-а) или набрал(-а) десять фунтов (4,5 кг), не желая того.	
Я не всегда физически способен(-на) ходить по магазинам, готовить еду и/или есть самостоятельно.	
ВСЕГО	/21 возможных баллов
Шесть или более баллов — высокий риск, связанный с питанием	
<input type="checkbox"/> Клиенту объяснили результаты оценки рисков, связанных с питанием. <input type="checkbox"/> Клиент считается подверженным высокому риску, связанному с питанием. Клиенту было рекомендовано обратиться к врачу.	

Нарушения/проблемы с бытовой активностью 0 Помощь не требуется — Нет; 1-3 Требуется помощь — Да; 4 Неизвестно — Нет			Нарушения/проблемы с инструментальными действиями по самообслуживанию 0 Помощь не требуется — Нет; 1-3 Требуется помощь — Да; 4 Неизвестно — Нет		
	Баллы	Да/Нет		Баллы	Да/Нет
Прием пищи			Стирка		
Купание			Совершение покупок		
Уход за собой			Легкая уборка		
Одевание			Генеральная уборка		
Пользование туалетом			Пользование телефоном		
Ходьба/передвижение			Управление финансами		
Перемещение (в/из кровати/кресла)			Передвижение на транспорте		
			Приготовление пищи		
			Прием лекарств		
Итого баллов			Итого баллов		
Всего «да»:			Всего «да»:		
Всего «нет»:			Всего «нет»:		

Дополнительная информация о питании	
<p>Кто занимается покупкой продуктов?</p> <p>Как часто?</p>	<p>Может ли пожилой человек есть самостоятельно? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если нет, кто помогает?</p> <p>Какая помощь оказывается:</p> <p><input type="checkbox"/> Нарезание <input type="checkbox"/> Кормление <input type="checkbox"/> Открытие контейнеров</p>
<p>Есть ли кто-то, кто может приготовить еду? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то кто?</p> <p>В какие дни?</p> <p>В какие приемы пищи?</p>	<p>Есть ли у пожилого человека трудности с жеванием/состоянием зубов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
<p>Кухонные принадлежности/оборудование для пожилых людей (отметьте все подходящие варианты):</p> <p><input type="checkbox"/> Кухня <input type="checkbox"/> Доступ к кухне</p> <p><input type="checkbox"/> Морозильная камера, в которой есть свободное место</p> <p><input type="checkbox"/> Холодильник <input type="checkbox"/> Плита <input type="checkbox"/> Микроволновая печь</p>	<p>Может ли пожилой человек пользоваться этими приборами без присмотра (отметьте все подходящие варианты):</p> <p><input type="checkbox"/> Плита <input type="checkbox"/> Микроволновая печь</p> <p><input type="checkbox"/> Морозильная камера <input type="checkbox"/> Холодильник</p>
<p>Источник пищи для пожилого человека на выходные:</p>	<p>Диетические ограничения:</p>
<p>Пищевая аллергия: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите:</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ. Клиент несет ответственность за ознакомление с еженедельным меню и информирование поставщика питания о любых вопросах, связанных с аллергией. По возможности поставщик предоставит специальное питание для удовлетворения диетических потребностей клиента.</p>	
<p>Получаете ли вы в настоящее время продовольственную помощь? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (например: SNAP, SFMNP, TEFAP)</p>	
<p>Причина участия в программе по доставке еды на дом (отметьте все подходящие варианты):</p> <p><input type="checkbox"/> Постоянное нахождение дома <input type="checkbox"/> Постоянная инвалидность <input type="checkbox"/> Временная инвалидность <input type="checkbox"/> Перерыв для опекуна</p> <p><input type="checkbox"/> Питание на дому для супруга(-и) или пожилого лица с ограниченными возможностями <input type="checkbox"/> Другое (укажите):</p>	
<p>Пожилый человек получит пользу от доставки еды на дом по следующей причине (отметьте все подходящие варианты):</p> <p><input type="checkbox"/> Пожилой человек испытывает трудности с приготовлением пищи, быстро устает</p> <p><input type="checkbox"/> Пожилой человек восстанавливается после операции, болезни и т. д.</p> <p><input type="checkbox"/> Питание увеличит потребление питательных веществ, поскольку у пожилого человека ограниченный доход</p> <p><input type="checkbox"/> Другое (укажите):</p>	
<p>В настоящее время получает еду на дом из другого источника (например, семья, церковь и т. д.): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	
<p>Серьезные проблемы со здоровьем (отметьте все подходящие варианты)</p>	
<p>Подвижность: <input type="checkbox"/> Полная <input type="checkbox"/> Ограниченная</p> <p><input type="checkbox"/> Требуется помощь <input type="checkbox"/> Прикован к постели</p>	<p>Баллы по шкале определения потребности (DON) (если известно):</p> <p>Другие серьезные проблемы со здоровьем (опишите):</p>
<p>Зрение: <input type="checkbox"/> Нормальное <input type="checkbox"/> Ограниченное</p> <p><input type="checkbox"/> Требуются очки <input type="checkbox"/> Слепота</p>	
<p>Слух: <input type="checkbox"/> Нормальный <input type="checkbox"/> Слабослышащий</p> <p><input type="checkbox"/> Требуется слуховой аппарат <input type="checkbox"/> Глухота</p>	

Вопросы для оценки уровня приоритетности (после признания клиента «подходящим» для программы)	
1. (a): Если бы у вас были продукты питания, могли бы вы использовать их для приготовления горячей пищи? <input type="checkbox"/> Да (переходите к вопросу 2a) ↓ <input type="checkbox"/> Нет (переходите к вопросу 1b) →	1. (b): Есть ли у вас надежный помощник в вопросах приготовления еды? <input type="checkbox"/> Да (переходите к вопросу 2) <input type="checkbox"/> Нет (ОСТАНОВИТЕСЬ. Отметьте высокий уровень приоритета)
2. За последний месяц...	
(a) ...как часто это утверждение было верным? Еда, которую мы (или я сам) покупали, заканчивалась, и у меня/нас не было денег, чтобы купить еще.	
(b) ...как часто это утверждение было верным? Мы (или я сам) не могли позволить себе сбалансированное питание.	
(c) ...сокращали ли вы или другие взрослые в вашей семье когда-либо размер порций, потому что не хватало денег на еду?	
(d) ...пропускали ли вы или другие взрослые в вашей семье когда-либо приемы пищи, потому что не хватало денег на еду?	
(e) ...вы когда-либо ели меньше, чем считали нужным, потому что не хватало денег на еду?	
(f) ...испытывали ли вы чувство голода, но при этом не ели, потому что не могли позволить себе купить достаточно еды?	
Всего баллов за вопросы 2a–2f	
3. Можете ли вы обеспечить доставку продуктов домой, когда это необходимо? *См. общее количество баллов при выборе	
0–1 балл И «Нет» — Низкий приоритет (могут быть полезны услуги покупки продуктов питания или доставки еды) 2–6 баллов — Средний приоритет (могут быть полезны услуги, связанные с дополнительным питанием)	
Отметьте соответствующий уровень приоритетности в верхней части страницы 1	

Прочая контактная информация		
ФИО основного врача:	Телефон основного врача:	
Для поставщиков услуг доставки еды на дом:		
<input type="checkbox"/> Клиент направлен в Программу коммунальной медико-социальной помощи (Community Care Program, CCP) для получения дополнительного обслуживания на дому и по месту жительства <input type="checkbox"/> Клиента программы по доставке еды на дом (HDM) уведомили о том, что продукты питания могут содержать пищевые аллергены или контактировать с ними.		
<u>Разрешение на разглашение информации</u>		
Я даю разрешение _____ на отправку копии данной формы оценки поставщику услуг по доставке еды на дом (HDM) _____ и разрешаю обсуждать мои потребности с поставщиком услуг HDM, координационным центром по оказанию помощи (CCU), организацией, предоставляющей медобслуживание (MCO) и/или агентством по делам пожилых людей (AAA)		
Подпись пожилого человека:	<input type="checkbox"/> * Предоставлено устное согласие Дата:	
Я подтверждаю, что этот пожилой человек соответствует критериям программы по доставке еды на дом в соответствии с Законом о пожилых американцах.		
Подпись:	Дата:	
ФИО менеджера по работе с клиентами:	Тел.:	
Организация:	Эл. почта:	
Дата начала участия в HDM:	Дата повторной оценки:	Дата прекращения оказания услуг:
Инструкции для водителя: <input type="checkbox"/> Звоните в звонок <input type="checkbox"/> Стучите громче <input type="checkbox"/> Остерегайтесь собак <input type="checkbox"/> Другое: (Отметьте все подходящие варианты)		

* Устное согласие может быть предоставлено в случае пандемии, гражданских беспорядков или других обстоятельств, которые не позволяют клиенту предоставить письменное согласие/поставить подпись.

Кем заполнено (только для направляющих агентств):	
Название направляющего агентства: Адрес:	Телефон: