

Анкета медичного прийому українських біженців ***Vragenlijst medische intake Oekraïense vluchtelingen***

Ця анкета є **конфіденційною**.

У цій анкеті ми просимо вас надати ряд **особистої, соціальної та медичної інформації** про себе та вашу сім'ю.

Інформація, яку ви нам надаєте, служить для складання або заповнення вашої **медичної картки**.

Інформація, яку ви нам надаєте, є **медичною таємницею** і ніколи не буде передана стороннім особам.

Призвище та ім'я:

Naam

Телефонний номер:

Telefoonnummer

Електронна пошта:

E-mail

Професія:

Beroep

1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТАН ОСОБИСТОГО ЗДОРОВ'Я / PERSOONLIJKE GEZONDHEIDSINFORMATIE / PERSONAL HEALTH INFORMATION

Чи хворієте ви зараз чи мали коли-небудь з наведених нижче захворювань?

| ХВОРОБА <i>Ziekte / Disease</i> | ТАК <i>Ja Yes</i> | НІ <i>Nee No</i> |
|---|--------------------------|-------------------------|
| Цукровий діабет <i>Suikerziekte / Diabetes</i> | | |
| Рак <i>Kanker / Cancer</i> Якщо так, який? <i>Zo ja, welke?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Рак молочної залози <i>Borstkanker / Breast cancer</i> - Рак яєчників <i>Eierstokkanker / Ovarian cancer</i> - Рак товстої кишки/поліпи <i>Darmkanker/poliepen / Colon cancer/polyps</i> - Рак простати <i>Prostaatkanker / Prostate cancer</i> | | |
| Захворювання легенів (астма, ХОЗЛ*, туберкульоз, ...) <i>Longziekten (astma, COPD*, tuberculose, ...) / Lung diseases (asthma, COPD*, tuberculosis, ...)</i> * Хронічне обструктивне захворювання легень | | |
| Підвищений тиск (гіпертонія) <i>Hoge bloeddruk / High bloodpressure</i> | | |
| Серцево-судинне захворювання <i>Hart- of vaatziekten / Cardiovascular disease</i> | | |
| Захворювання нирок <i>Nierziekten / Kidney disease</i> Якщо так, Чи лікуєте ниркову недостатність? <i>Zorgtraject nierinsufficiëntie? / Care trajectory renal insufficiency</i> | | |
| Захворювання печінки або кишечника (гепатит, хвороба Крона, ...) <i>Lever-of darmziekten / Liver or intestinal diseases (hepatitis, Crohn, ...)</i> | | |
| Хронічні проблеми з суглобами <i>Aanhoudende gewrichtsklachten / Persistent joint problems</i> | | |
| Інфекційні захворювання (туберкульоз, малярія...) <i>Infectieziekten / Infectious diseases (tuberculosis, malaria...)</i> | | |

| | | |
|--|----------------------------|---|
| Захворювання щитовидної залози <i>Schildklierziekten / Thyroid diseases</i> | | |
| Проблеми з очима <i>Oogproblemen / Eye problems</i> | | |
| Проблеми зі слухом <i>Gehoorproblemen / Hearing problems</i> | | |
| Захворювання шкіри (екзема, псоріаз, ...) <i>Huidaandoeningen (eczeem, psoriasis, ...) / Skin conditions (eczema, psoriasis, ...)</i> | | |
| Проблеми з зубами <i>Tandproblemen / Dental problems</i> Дата останнього візиту до стоматолога ... / ... / <i>Datum laatste tandartsbezoek / Date of last dentist visit</i> | | |
| Проблеми з харчуванням або вагою <i>Eet- of gewichtsproblemen / Eating of weight problems</i> | | |
| Депресія, вигорання <i>Depressie / Depression, burn-out</i> | | |
| Страхи <i>Angsten / Fears</i> | | |
| Чи є у вас проблеми зі сном, кошмари? <i>Slaaproblemen, nachtmerries? / Sleeping problems, nightmares?</i> | | |
| Чи лікуєтесь ви зараз у спеціаліста або іншого лікаря? (психолог, фізіотерапевт, домашня медсестра, дієтолог, соціальний працівник, ...) <i>Bent u op dit moment in behandeling bij een specialist of een andere hulpverlener? (psycholoog, kinesist, thuisverpleegkundige, diëtist, maatschappelijk werker, ...)</i> <i>Are you currently being treated by a specialist or another care provider? (psychologist, physiotherapist, home nurse, dietician, social worker, ...)</i> | | |
| Так Ja/Yes | Ні Nee/No | Де чи з ким waar of bij wie / where or with whom |
| | | |

| | | | |
|--|----------------------------|---|--------------------------------------|
| Чи були у вас операції? <i>Heeft u al een operatie ondergaan?</i> <i>Have you already had an operation?</i> | | | |
| Так Ja/Yes | Ні Nee/No | Яка операція welke operatie / what operation | Коли wanneer / when |
| | | | |

| Чи вживаєте ви ліки? <i>Gebruikt u geneesmiddelen?</i> <i>Do you use medicine?</i> | | Так / Ja / Yes | | Ні / Nee / No | |
|---|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Назва ліків і доза <i>Naam geneesmiddel</i> <i>én dosis</i> <i>Drug name and dose</i> | 8 година 8h | 12 година 12h | 18 година 18h | 22 година 22h | |
| Приклад / voorbeeld: Парацетамол 1000 мг <i>Paracetamol 1000 mg</i> | 1 | ½ | 1 | 0 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| ПОБОЧНІ ДІЇ ТА АЛЕРГІЯ <i>BIJWERKINGEN EN ALLERGIE / SIDE EFFECTS AND ALLERGIES</i> | ТАК Ja/Yes | НІ Nee/No |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| Чи страждаєте ви від побічних ефектів ліків або вакцин? <i>Do you suffer from side effects of medication or vaccination?</i> Які саме ліки чи вакцини? <i>Welke medicatie of vaccinatie? / Which drug or vaccination?</i> Які саме побічні ефекти? <i>Welke bijwerkingen? / Side effects?</i> | | |
| У вас є алергія? <i>Bent u allergisch? / Do you have allergies?</i> Якщо так, то до чого / <i>Zo ja, waaraan: / If so, to what:</i> | | |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - пил або пилові кліщі <i>stof of huisstofmijt / dust or dust mites</i> - певні ліки <i>medicatie / medication</i> - певну їжу або напої <i>eten of drinken / food or drinks</i> - тварини (собака, кішка, кінь, ...) <i>dieren / animals (dog, cat, horse, ...)</i> - пилік <i>hooikoorts / hay fever</i> <p>Чи приймаєте ви протиалергійні ліки? Які саме? <i>Neemt u hiervoor medicatie? Welke medicatie?</i> <i>Are you taking medication for this? Which one?</i></p> | | |
| <p>У вас є картка вакцинації? <i>Heeft u een vaccinatiekaart?</i> <i>Do you have a vaccination card?</i></p> <p>Якщо так, будь ласка, принесіть цю картку на першу зустріч <i>Zo ja, gelieve deze kaart mee te brengen naar uw eerste afspraak / If yes, please bring this card to your first appointment</i></p> | | |
| <p>Чи була ваша вакцинація від правця більше 10 років тому? <i>Is uw vaccinatie tegen tetanus al meer dan 10 jaar geleden?</i> <i>Was your vaccination against tetanus more than 10 years ago?</i></p> | | |
| <p>Чи зробили ви щеплення від COVID-19? <i>Bent u gevaccineerd tegen COVID-19?</i> <i>Have you been vaccinated against COVID-19?</i></p> | | |

2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗДОРОВ'Я РОДИНИ / FAMILIALE GEZONDHEIDSINFORMATIE / FAMILY HEALTH INFORMATION

Чи зустрічаються ці захворювання у вашій родині (батьки, брат чи сестра, діти)?

Komen deze ziekten in uw familie (ouders, broer of zus, kinderen)_voor? / Do these diseases run in your family (parents, brother or sister, children)?

| ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Ziekte / Disease</i> | ТАК Ja/Yes | НІ Nee/No |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| Цукровий діабет <i>Suikerziekte / Diabetes</i> | | |
| Захворювання серця або судин: <i>Hart- of vaatziekten / Cardiovascular disease</i> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>-з батьком чи братом молодше 55 років? <i>bij vader of broer jonger dan 55 jaar? with father or brother younger than 55?</i></p> <p>-з матір'ю чи сестрою молодше 65 років? <i>bij moeder of zus jonger dan 65 jaar? with mother or sister younger than 65?</i></p> | | |
| <p>Рак: <i>Kanker / Cancer</i></p> <p>Якщо так, то хто і в якому віці, який рак? <i>Zo ja, wie en op welke leeftijd, welke kanker? / If so, who and at what age, which cancer?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Рак молочної залози <i>Borstkanker / Breast cancer</i> - Рак яєчників <i>Eierstokkanker / Ovarian cancer</i> - Рак товстої кишки/поліпи <i>Darmkanker/poliepen / Colon cancer/polyps</i> - Рак простати <i>Prostaatcancer / Prostate cancer</i> | | |
| <p>Інші захворювання: <i>Andere ziekten / Other diseases</i></p> | | |

Чи є якісь інші теми, про які, на вашу думку, повинен знати ваш лікар? Чи є ще щось, що ви хотіли б обговорити зі своїм лікарем?

Zijn er nog onderwerpen waarvan u vindt dat uw huisarts op de hoogte moet zijn? Zijn er nog dingen die u graag met uw huisarts wil bespreken?

Are there any other topics that you think your GP should be aware of? Is there anything else you would like to discuss with your GP?

| |
|--|
| <p>Ви хотіли б щось додати? <i>Wil u ons graag nog iets vertellen? / Would you like to tell us something else?</i></p> |
|--|

3. СПОСІБ ЖИТТЯ / LEVENSTIJL / LIFESTYLE

| | |
|--|--|
| ЗРІСТ (см) <i>Lengte / Length (cm)</i> | |
| ВАГА (кг) <i>Gewicht / Weight (kg)</i> | |

| | ТАК Ja/Yes | НІ Nee/No |
|--|-----------------------------|----------------------------|
| <p>Ви курите? <i>Rookt u? / Do you smoke?</i></p> <p>Якщо так, то скільки сигарет (електронних сигарет) ви викурюєте на день? <i>Zo ja, hoeveel sigaretten (e-sigaretten) rookt u per dag? / If so, how many cigarettes (e-cigarettes) do you smoke per day?</i></p> | | |
| <p>Чи вживаєте ви алкоголь щодня? <i>Drinkt u dagelijks alcohol? / Do you drink alcohol daily?</i></p> <p>Скільки: <i>Hoeveel / How much</i></p> <p>Або чи вживаєте ви алкоголь щотижня? <i>Of drinkt u eerder wekelijks alcohol? / Or do you rather drink alcohol on a weekly basis?</i></p> <p>Скільки: <i>Hoeveel / How much</i></p> <p>Чи вживаєте ви більше алкоголю, ніж хотілося б? <i>Drinkt u meer alcohol dan u zou willen?</i> <i>Are you drinking more alcohol than you would like?</i></p> <p>Чи було у вас бажання покинути алкоголь? <i>Heeft u ooit zin gehad om te stoppen met alcohol? Have you ever felt like quitting alcohol?</i></p> | | |
| <p>Чи вживаєте ви наркотики? <i>Gebruikt u drugs? Do you use drugs?</i></p> <p>Якщо так, то чи хотіли ви коли-небудь припинити це робити? <i>Zo ja, heeft u ooit zin gehad hiermee te stoppen? / If so, have you ever wanted to stop doing this?</i></p> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Чи мали ви незахищені статеві контакти з новим партнером протягом останніх 6 місяців? <i>Heeft u de afgelopen 6 maand onbeschermd seksueel contact gehad met een nieuwe partner? / Have you had unprotected sexual contact with a new partner in the past 6 months?</i></p> <p>Якщо так, то коли ви проводили останній тест на ІПСШ*? <i>Zo ja, wanneer was uw laatste SOA-test? If so, when was your last STD* test?</i></p> <p><i>*Інфекції, що передаються статевим шляхом / Sexually Transmitted Disease</i></p> | | |
|--|--|--|

4. СОЦІАЛЬНА СИТУАЦІЯ / SOCIALE SITUATIE / SOCIAL SITUATION

Склад сім'ї:

Gezinssamenstelling / Family composition

Скільки у вас дітей:

Hoeveel kinderen heeft u:

Скільки дітей ще проживає вдома з вами:

Hoeveel kinderen wonen er nog thuis:

Скільки людей проживає з вами:

Met hoeveel personen in totaal woont u in uw huis:

Дохід:

Inkomen / Income

заробітна плата / пенсія

loon / pensioen

допомога по хворобі / допомога по безробіттю /
прожитковий мінімум

ziekte-uitkering / werkloosheidsuitkering / leefloon

боргове посередництво / адміністрування

schuldbemiddeling / bewindvoering

допомоги на дитину

kinderbijslag

Проживання:

Wonen

Residence

власник / орендар / соціальне житло / проживає з сім'єю

eigenaar / huurder / sociale woning / woon in bij familie

house owner / tenant / social housing / live with family

Інші постачальники послуг: домашня допомога / консультації

Andere hulpverleners:

huishoudhulp / begeleiding

Other care providers:

domestic help / guidance

Віра:

Geloofsovertuiging / Religion

Так / Ja / Yes

Ні / Nee / No

Якщо так, то яка:

Zo ja, welke / Which one

5. ТІЛЬКИ ДЛЯ ЖІНОК / ENKEL IN TE VULLEN DOOR VROUWEN / ONLY FOR WOMEN

Скільки у вас дітей?

Hoeveel kinderen heeft u? / How many children do you have?

Скільки разів ви були вагітні?

Hoeveel keer bent u zwanger geweest? / How many times have you been pregnant?

Чи були у вас викидні?

Heeft u al miskramen gehad? / Have you already had miscarriages?

Чи робили ви аборт?

Heeft u al een abortus gehad? / Have you already had an abortion?

Чи був у вас під час вагітності підвищений цукор?

так/yes

ні/no

Had u ooit verhoogd suiker tijdens uw zwangerschap?

Did you ever have elevated sugar during your pregnancy?

Чи народжували ви народили дитину вагою 4,5 кг і більше?

так/yes

ні/no

Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?

Have you given birth to a baby weighing 4.5 kg or more?

Ви використовуєте контрацепцію?

так/yes

ні/no

Gebruikt u anticonceptie? / Do you use contraception?

Якщо ні, чи хотіли б ви використовувати засоби контрацепції та пояснення лікаря щодо неї?

так/yes

ні/no

Zo nee, zou u anticonceptie willen gebruiken en meer uitleg willen van een arts?

If not, would you like to use contraception and receive more information from a doctor?

Якщо так, то який засіб ви використовуєте? Zo ja, welke / Which one?

презерватив

condoom / condom

оральний контрацептив (пігулки)

pil / oral contraception

ін'єкція

prikpil / contraceptive injection

міні пігулка

minipil / mini oral contraception

пластир

pleister / patch

гормональне кільце

hormonale ring / vaginal ring

гормональний імплант

staafje / implant

мідна або гормональна спіраль

koper of hormoon spiraal / copper of hormonal IUD

Жінки **старше 25 років:**

Vrouwen ouder dan 25 jaar:

Конфіденційна медична анкета

Чи ваш останній мазок був більше 3 років тому? О так/yes О ні/no
Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?
Was your last pap smear more than 3 years ago?

Жінки **старше 50 років**:
Vrouwen ouder dan 50 jaar:

Чи ваш останній маммограф був більше 2 років тому? О так/yes О ні/no
Is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?
Was your last mammogram more than 2 years ago?

6. Заповнюється тільки, якщо необхідно / ENKEL in te vullen indien van toepassing / To be completed ONLY if applicable

Країна походження:
Land van herkomst:

Початкове місце проживання: місто/село?
Oorspronkelijke woonplaats: stad / platteland?

Коли ви залишили країну походження?
Wanneer bent u vertrokken uit uw land van herkomst?

Якою була ваша професія/навчання у вашій країні походження?
Wat was uw beroep / studie in uw land van herkomst?

Рідна мова / Moedertaal / Native language:

Якою мовою(ами) розмовляють вдома?
Welke taal (talen) wordt thuis gesproken?

У вас є контактна особа? О так/yes О ні/no
Heeft u een contactpersoon?

Хто?
Wie / Who?

Як можна зв'язатися з цією людиною?
Hoe is die persoon te bereiken? / How can we reach that person?