

Ryan White Part A Manejo de casos médicos Herramienta de Evaluación

Adjunte al formulario de registro o reevaluación de cliente

Fecha de hoy:	Cliente URN:	Caso asignado Manager:
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:

VIH / SIDA CITA CON EL MÉDICO DE DETECCIÓN DE ADHERENCIA

1. ¿El cliente tiene un proveedor de servicios médicos de VIH/SIDA? Si No (proporcionar referencias)
 Sólo entrar en el sistema de cuidado (proporcionan referencias)
2. ¿Fecha de la última cita médica? _____ ¿Fecha de la próxima cita médica? _____

3. ¿El cliente tiene una copia de los laboratorios actuales (máximo de 6 meses a partir de la fecha de hoy)? Si No

4. Marca todas las barreras a la atención médica que menciona el cliente:

<input type="checkbox"/> Sólo entrar en el sistema de atención	<input type="checkbox"/> No está listo para acceder a la atención	<input type="checkbox"/> Asustado
<input type="checkbox"/> La falta de vivienda	<input type="checkbox"/> No quiere tratar con él	<input type="checkbox"/> Se siente síntomas de Bellas/no
<input type="checkbox"/> No sabe a dónde ir	<input type="checkbox"/> No se pudo obtener una cita	<input type="checkbox"/> Drogas y Alcohol en la forma
<input type="checkbox"/> No creo que vaya a ayudar a	<input type="checkbox"/> Horario de la clínica no son convenientes	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños disponible
<input type="checkbox"/> No creo que vaya a ayudar a	<input type="checkbox"/> No le gusta que los médicos no	<input type="checkbox"/> No hay transporte
<input type="checkbox"/> Las barreras del idioma	<input type="checkbox"/> Falta de identificación adecuada	<input type="checkbox"/> Otros, especificar:

Por favor, evaluar y trabajar con los clientes para disminuir las barreras a la atención médica.

- ¿Referencia para atención médica? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde: _____

Los clientes deben remitirse para atención médica si no tienen actualmente un proveedor médico o si no tienen laboratorios actuales (de no más de 6 meses antes de la cita actual).

Notas:

VIH / SIDA MEDICAMENTOS DE DETECCIÓN DE ADHERENCIA

1. ¿El cliente actualmente prescrito medicamentos VIH/SIDA? Si No
2. ¿El cliente actualmente toma su medicación? Si No A veces
3. ¿Cuántas dosis ha perdido el cliente en el último mes? 0 1 2 o más

Si el cliente informes dosis faltantes pedirles por favor por qué, (marque todas las que apliquen):

<input type="checkbox"/> No quiere hacerle frente y tomar meds	<input type="checkbox"/> La falta de apoyo social	<input type="checkbox"/> Alcohol y / o uso de drogas / abuso
<input type="checkbox"/> Los efectos secundarios	<input type="checkbox"/> No cree que el trabajo medicinas	<input type="checkbox"/> Medicamentos demasiado complejo régimen de
<input type="checkbox"/> Depresión y / o problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> No se puede obtener repuestos en el tiempo	<input type="checkbox"/> Alcohol y / o uso de drogas / abuso
<input type="checkbox"/> Demasiadas pastillas	<input type="checkbox"/> El sabor de los medicamentos	<input type="checkbox"/> Otro:

Por favor, evaluar y trabajar con los clientes para disminuir las barreras a la atención.

- ¿Prestarse asesoramiento o remisión para asesoramiento de adhesión de medicamentos? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde : _____

Notas:

CRIBADO NUTRICIONAL

1. ¿Cuál es su actual peso y altura? _____ pies _____ pulgadas _____ peso
2. ¿Sin querer, ha tenido pérdida de peso significativa en los últimos 6 meses? Si No

Ryan White Part A Manejo de casos médicos Herramienta de Evaluación

Adjunte al formulario de registro o reevaluación de cliente

3. Se siendo tratado por problemas médicos además de VIH, tales como; ¿diabetes, enfermedad renal, enfermedad hepática y hepatitis, colesterol alto y cardiopatía, hipertensión, cáncer, anemia, depresión? Si No Otro: _____

4. ¿Está experimentando efectos secundarios extremos de sus medicamentos, como vómitos, diarrea o falta de apetito (poco o ningún deseo de comer)? Si No

5. ¿Tiene acceso a los alimentos? Si No

¿Derivación para tratamiento de nutrición médico u otro proveedor de alimentos? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde : _____

Notas:

CAGE DE SUSTANCIAS / ABUSO DE ALCOHOL DE DETECCIÓN

¿Actualmente es el cliente en cualquier tipo de tratamiento por consumo de sustancias o alcohol (incluye reunión con un psicólogo o consejero, asistir a sesiones de grupo)? Si (parar aquí) Nunca utilizar cualquiera de estas sustancias (parada aquí) No (Selección complete)

1. ¿Durante el mes pasado, has sentido que debería reducir su uso de alcohol o drogas? Si No

2. ¿Durante el mes pasado, han personas molesto le criticando el uso de alcohol o drogas? Si No

3. ¿Durante el mes pasado, has sentido mal o culpable sobre su uso de alcohol o drogas? Si No

4. ¿Durante el mes pasado, ha tenido una bebida o consumido drogas lo primero en la mañana a constante los nervios o deshacerse de hang-over-eye-opener? Si No

Si el cliente respondió "sí" a alguna de uso indebido de sustancias anterior preguntas de detección es recomienda una derivación para el tratamiento de abuso de sustancias.

¿Remisión para abuso de sustancias o Alcohol? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde : _____

Notas:

EVALUACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE DETECCIÓN TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Preguntas tomadas de la Evaluación de la Atención Primaria de la Herramienta de Evaluación Trastornos Mentales

¿Es el cliente está siendo tratado por un problema de salud mental (incluye ayuda profesional de psicólogo o consejero, asistir a sesiones de terapia de grupo tomar medicamentos para la depresión o ansiedad)? Si (parar aquí) No (selección complete)

1. ¿Durante el mes pasado, ha sido escuchar o ver cosas que otras personas no parecen escuchar sobre? Si No

2. ¿Durante el mes pasado, ha te ha molestado por sentimiento, deprimido o sin esperanza? Si No

3. ¿Durante el mes pasado, ha te ha molestado por poco interés o placer en hacer las cosas? Si No

Si el cliente respondió "sí" a alguna de la salud mental preguntas de detección es recomienda una remisión para detección aún más por un profesional de la salud mental.

¿Derivación para tratamiento de Salud Mental? Si No Cliente se negaba

En caso afirmativo, donde : _____

Notas: