Имя:

**овые пациенты должны предоставить эту заполненную форму не позднее, чем за неделю до первого визита** [**по электронной почте: OsherNP@ucsf.edu**](mailto:OsherNP@ucsf.edu) **| Факс: (415-353-7358 | Телефон: (415) 353-7700.**

# Дата рождения:

**РАЗДЕЛ I: ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ**

Каковы ваши основные цели этого визита?

Опишите ваш предыдущий опыт с интегративной медициной:

A. ЛЕЧЕБНАЯ ГРУППА

Первичный лечащий врач (PCP) Предпочтительные лаборатории:：🞏UCSF 🞏 LabCorp 🞏 Quest

Перечислите всех членов вашей группы по уходу:

Интегративные клинические услуги и групповые медицинские визиты

Клиницисты（OsherCenter）имеют подготовку как в области биомедицины, так и в области комплементарной медицины Чтобы узнать больше о наших врачах и методах лечения, посетите сайт:：<https://osher.ucsf.edu/patient-care/clinical-specialties>

**B. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ: Питаться, двигаться, отдыхать, размышлять**

Вы придерживаетесь какой-либо специальной диеты или поста？ 🞏 Да 🞏 Нет Если да, то опишите*：*

Есть ли у вас опасения по поводу вашего питания?？ 🞏 Да 🞏 Нет Если да, то опишите*：*

Меняете ли вы свои пищевые привычки, когда расстроены, обеспокоены или огорчены?？🞏 Да 🞏 Нет

Вы едите, когда торопитесь？🞏 Да 🞏 Нет

**Опишите ваш обычный рацион питания：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Время |  | | |
| Завтрак |  |  | | |
| Ланч |  |  | | |
| Обед |  |  | | |
| Снеки |  |  | | |
| **Сколько чашек следующих жидкостей вы обычно выпиваете в день?** | | | | |
| Вода | | Соки / Прочее  Укажите тип | Напитки с кофеином  Укажите тип (кофе, чай, пр.) | Газированные напитки  Укажите тип (диетические, обычные) |
|  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Опишите вашу физическую активность, упражнения или движения и время, затрачиваемое на них в неделю:** | | | | |
| **на них в неделю:** | | | | |
| *Легкая активность*  *(например, ходьба, растяжка)* | *Аэробная -*  *Умеренная (т.е. легкая потливость)* | *Аэробная – энергичная/высокая*  *(т.е. потливость, учащенное сердцебиение)* | *Укрепляющие*  *упражнения (например, йога, тренировки с отягощениями)* | *Упражнения на равновесие* |
|  |  |  |  |  |

Опишите свой режим сна:

**Интересуетесь ли вы психофизическими практиками** (например, осознанностью, медитацией, йогой)? 🞏 Да 🞏 Нет

Если да, то опишите:

Более подробную информацию о курсах, посвященных психофизическому здоровью, можно получить на сайте: [https://osher.ucsf.edu/public-](%20https://osher.ucsf.edu/public-)[classes](https://osher.ucsf.edu/public-classes)

C. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ДОБАВКИ: Рецептурные, безрецептурные и ботанические препараты

*Укажите ниже.Если это удобнее, приложите отдельный список или сделайте фотографии.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Название лекарственного средства, добавки или трав |  | Доза или активность |  | Какова частота приема? |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Вы принимаете каннабис или марихуану? 🞏 Да 🞏 Нет *Если да, то опишите формы / воздействие на вас:*

D. ПСИХОФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ХОРОШЕЕ САМОЧУВСТВИЕ

**Испытываете ли вы физическую или эмоциональную боль?** 🞏 Да 🞏 Нет Если да, ответьте на следующие вопросы:

Обведите кружком число от 0 до 10, которое лучше всего описывает, насколько сильную боль вы испытываете сегодня:：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Боли нет | ○1 | ○2 | ○3 | ○4 | ○5 | ○6 | ○7 | ○8 | ○9 | ○10 | Сильнейшая боль |

Где болит？Как ощущается боль?

Что усиливает боль? Что облегчает боль?

Перечислите все лекарства и добавки, которые вы принимаете для облегчения боли:：

Отметьте или перечислите все методы лечения, которые вы пробовали для облегчения боли：

🞏 Акупунктура 🞏 Физиотерапия блокады 🞏 Инъекции (\*например, пролотерапия, эпидуральные, фасеточныенервов, радиочастотная абляция)，🞏 Прочее

Как боль влияет на вашу повседневную деятельность, сон или эмоциональное состояние?

За последние 12 месяцев вам причиняли боль или угрожали? 🞏 Да 🞏 Нет

течение последнего месяца вы находились в подавленном состоянии или в депрессии?🞏 Да 🞏 Нет

Вам трудно находить удовольствие в вещах, которые раньше нравились? 🞏 Да 🞏 Нет

Бывало ли вам так тоскливо, что вы думали о том, чтобы причинить себе вред? 🞏 Да 🞏 Нет

**Функциональный статус**

Изменилась ли у вас способность выполнять привычные действия? 🞏 Да 🞏 Нет

Получаете ли вы какую-либо специальную помощь по дому? 🞏 Да 🞏 Нет

Было ли у вас три или более падений за последний год? 🞏 Да 🞏 Нет

Вам трудно мыться или одеваться? 🞏 Да 🞏 Нет

Да Вы когда-нибудь испытывали самопроизвольное мочеиспускание или опорожнение кишечника? 🞏 Да 🞏 Нет

Имеется ли у вас предварительное распоряжение о медицинской помощи/медицинское волеизъявление/медицинская доверенность? 🞏 Да 🞏 Нет

Нет Вы хотите получить информацию о предварительных распоряжениях? 🞏 Да 🞏 Нет 🞏 Не знаю

**Сведения об употреблении психоактивных веществ** В случае положительного ответа на любой из перечисленных ниже вопросов, ответьте на дополнительные вопросы:

Вы употребляете алкоголь? 🞏 Да 🞏 Нет

*В течение последней недели, сколько дней вы выпивали?？*

*те дни, когда вы употребляли алкоголь, сколько порций (пива, вина или крепких алкогольных напитков) вы выпили?*

Есть ли у вас опасения по поводу вашего употребления алкоголя? 🞏 Да 🞏 Нет

употребляете табачные изделия?？🞏 Да 🞏 Нет

*В какой форме？* 🞏сигареты 🞏 вейпы 🞏 *口жевательная резинка* 🞏 пэтчи. *Сколько раз за день？* 🞏

*Сколько лет？ Когда бросили？ Сколько пачек сигарет в день？*

Вы подвергались пассивному курению？🞏 Да 🞏 Нет

Вы вводили себе какие-либо вещества？🞏 Да 🞏 Нет

Вы когда-нибудь принимали кокаин, стимуляторы, опиоиды или другие вещества？🞏 Да 🞏 Нет

*Если да, то опишите：*

**E. СОЦИОКУЛЬУРНЫЙ АНАМНЕЗ**

Каков ваш трудовой статус？🞏Полная занятость 🞏 Частичная занятость 🞏 Безработный 🞏 Пенсионер 🞏 Прочее

Какова ваша профессия？

Вы живете один (одна)？🞏 Да 🞏 Нет Если нет, с кем вы живете?

Семейное положение：🞏Холост 🞏 Женат 🞏 Разведен(-а) 🞏 Вдовец/Вдова 🞏 В сожительстве 🞏 Предпочитаю не отвечать

Каковы основные стрессовые факторы в вашей жизни？

Что помогает вам справляться со стрессом？

Опишите ваши интересы и увлечения：

Опишите свою систему поддержки (например, семья, друзья, общество, группы, домашние животные)：

Есть ли у вас какие-либо культурные, религиозные традиции или духовные убеждения, которыми вы хотели бы поделиться с нами?？

Расскажите, каким образом вы и/или ваша семья/помощник лучше всего обучаются (например, письменно, визуально, аудио и т.д.)？

**F. АНАЛИЗ СИСТЕМ**

Отметьте, если в течение последних 3-6 месяцев у вас наблюдалось что-либо из перечисленного ниже:

|  |  |
| --- | --- |
| * Боль в животе * Аллергические симптомы * Изменение аппетита * Черный или кровянистый стул * Боль, уплотнение или * набухание молочной * железы Проблемы с * дыханием * Частые и лего образующиеся синяки * или кровотечения Изменения в * общем состоянии здоровья * Боль в груди * Хронический кашель * Хронические заболевания пазух носа или насморк * Спутанность сознания, конвульсии, судороги или потеря сознания * Запор * Кровохаркание * Понос * Головокружение или слабость * Чрезмерный стресс * Чрезмерная жажда или учащенное мочеиспускание * Глаза: боль, раздражение, покраснение или выделения из глаз * Утомление * Лихорадка, озноб или потливость * Изменение состояния волос или ногтей * Головные боли * Изменение слуха или звон в ушах | * Изжога * Непереносимость жары и холода * Ригидность суставов или мышц * Инфекции (рецидивирующие или возможные) * Изменения памяти или концентрации внимания * Тошнота или рвота * Нервозность или тревога * Онемение или покалывание * Боли в шее или спине * Учащенное сердцебиение * Печаль или депрессия * Одышка * Проблемы со сном * Боль в горле * Особые послания, видения или голоса * Затрудненное глотание * Отек стоп, лодыжек, кистей рук * Токсическое воздействие (например, плесень, пестициды) * Необычная сыпь или проблемы с кожей * Изменения зрения * Изменения голоса * Трудности при ходьбе * Слабость или паралич * Изменения массы тела |

# Что-либо еще, что вы хотели бы обсудить или уведомить нашу группу?

**РАЗДЕЛ II: Если сведения в вашей MyChart/CareEverywhere не актуальны, ответьте на следующие вопросы: МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ**. **Отметьте** "Да" или "Нет" в отношении всех

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Анемия | 🞏 Да | 🞏 Нет |  | Гепатит | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Артрит | 🞏 Да | 🞏 Нет | Высокое кровяное давление | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Астма, бронхит или эмфизема | 🞏 Да | 🞏 Нет | Иммунные нарушения | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Кровотечения или синяки | 🞏 Да | 🞏 Нет | Кишечные заболевания | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Заболевания крови | 🞏 Да | 🞏 Нет | Заболевания почек | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Рак (тип): | 🞏 Да | 🞏 Нет | Заболевания печени | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Депрессия или тревога | 🞏 Да | 🞏 Нет | Легочные заболевания | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Диабет | 🞏 Да | 🞏 Нет | Заболевания кожи | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Эпилепсия или судороги | 🞏 Да | 🞏 Нет | Инсульт | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| Сенная лихорадка или заболевания пазух носа | 🞏 Да | 🞏 Нет | Язва желудка | 🞏 Да | 🞏 Нет |
| 3аболевания пазух носа | 🞏 Да | 🞏 Нет | Заболевания щитовидной железы | 🞏 Да | 🞏 Нет |

\*Если заболевание(я) не указано, опишите его:：

**Вы когда-либо были госпитализированы?** 🞏 Да 🞏 Нет Если да, то укажите даты и причины:*：*

**У вас были какие-либо хирургические операции？**🞏 Да 🞏 Нет Если да, то укажите даты и причины операций:：

**У вас есть какие-либо аллергические реакции？** 🞏 Да 🞏 Нет Если да, перечислите ниже：

|  |  |
| --- | --- |
| **Аллерген**: лекарство, фактор среды, субстанция | **Реакция** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Ответьте на любой из следующих вопросов, если это применимо к вам:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Сексуальное и репродуктивное здоровье** | Дополнительная информация |
| Есть ли у вас какие-либо опасения по поводу вашего сексуального здоровья? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| У вас был секс с женщинами? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| У вас был секс с мужчинами? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| У вас был секс с небинарными партнерами?🞏 Да 🞏 Нет |  |
| Вы и ваш сексуальный партнер (партнеры) придерживаетесь практики безопасного секса?🞏 Да 🞏 Нет 🞏 Не знаю |  |
| У вас когда-либо были заболевания, передающиеся половым путем？🞏 Да 🞏 Нет 🞏 Не знаю |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Здоровье женщин** | Дополнительная информация |
| Есть ли у вас проблемы с чем-либо из перечисленного ниже？Если да, то отметьте:  🞏 Частота мочеиспускания неотложные позывы, мочеиспускание ночью  🞏 Невозможность контролировать мочеиспускание, недержание или болезненное мочеиспускание  🞏 Кровь в моче  🞏 Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей или выделения из влагалища  🞏 Вагинальная боль, зуд, раздражение или сухость влагалища  🞏 Горячие приливы  🞏 Изменения полового влечения  🞏 Кровотечения между менструациями или после менопаузы |  |
| Делали ли вы маммографию? ? 🞏 Да 🞏 Нет  Если да, то укажите дату, результаты и место проведения: |  |
| Были ли у вас когда-нибудь отклонения в маммограмме? 🞏 Да 🞏 Нет  Если да, то укажите дату, результаты и место лечения:*：* |  |
| Вы регулярно проводите самообследования груди? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| Когда был сделан последний ПАП-мазок? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| Были ли у вас когда-нибудь отклонения в ПАП-мазке? 🞏 Да 🞏 Нет  Если да, то укажите дату, результаты и место лечения |  |
| В каком возрасте у вас началась первая менструация？Возраст |  |
| Сохраняется ли у вас менструация? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| *Если у вас все еще происходят месячные, то на какой день начались последние месячные?？ / /* |  |
| У вас регулярные менструации? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| У вас болезненные менструации? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| *Сколько дней между менструациями？ 天* |  |
| *Какова продолжительность менструации дней？ 天* |  |
| *Как бы вы описали свои менструации？* |  |
| Вы когда-нибудь использовали заместительную гормональную терапию? 🞏 Да 🞏 Нет  Если да, то укажите даты и тип*：* |  |
| Вы когда-нибудь были беременны? 🞏 Да 🞏 Нет  *Укажите общее число беременностей, родов, выкидышей, абортов：*  Были ли у вас осложнения при беременности? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| В настоящее время вы пользуетесь какими-либо средствами контрацепции? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
|  | |
| **Здоровье мужчин** | Дополнительная информация |
| Возникали ли у вас следующие проблемы.。Если да, то отметьте:  🞏 Боль в яичках  🞏 Импотенция / изменение половой функции  🞏 Проблемы с предстательной железой  🞏 Затруднения в начале мочеиспускания  🞏Частое мочеиспускание в ночное время  🞏 Невозможность контролировать мочеиспускание, капельное или болезненное мочеиспускание  🞏Кровь в моче  🞏 Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей |  |
| Вы регулярно проводите самообследования яичек? 🞏 Да 🞏 Нет |  |
| Проводился ли вам анализ крови на ПСА？🞏 Да 🞏 Нет |  |
| Вы когда-нибудь проходили обследование на рак предстательной железы？🞏 Да 🞏 Нет  Это было пальцевое ректальное исследование*？*🞏 Да 🞏 Нет |  |