



<i>Версія</i> Version	<i>Дата</i> Date	<i>Зміни</i> Changes
<i>Версія 1.0</i> Version 1.0	04/04/22	<i>Опубліковано першу версію для Швидкого Оцінювання Стану Здоров'я V1.0</i> Originally published Rapid Health Risk Assessment V1.0
<i>Версія 2.0</i> Version 2.0	05/05/22	<i>Змінено назву і зміст</i> Name and content change <i>Додано інструкції і примітки щодо тریажа</i> Inclusion of triage guidance and notes
<i>Версія 2.1</i> Version 2.1	13/05/22	<i>Додано питання стосовно інвалідності</i> Inclusion of disability questions
<i>Версія 2.2</i> Version 2.2	23/05/22	<i>Зміни на сторінці підтвердження</i> Changes to Acknowledgment page
<i>Версія 2.3</i> Version 2.3.	27/05/22	<i>Updated hyperlink for HSE privacy notice.</i>

Підтвердження **Acknowledgement**

Дякуємо за заповнення анкети індивідуальної оцінки здоров'я.
Thank you for completing the Individual Health Assessment Questionnaire.

Ваша участь є добровільною.
Your participation is voluntary

HSE конфіденційно оброблятиме всі персональні дані, які ви надаєте в рамках цієї анкети, та зберігатиме їх у безпеці.
The HSE will treat all personal data you provide as part of this questionnaire confidentially and store it securely.

Цей запис буде використовуватися та зберігатися HSE з метою організації медичних послуг для вас та як частина ширшої оцінки потреб, пов'язаних із здоров'ям, для більшої кількості переміщених осіб з України.

This record will be used and retained by the HSE, for the purposes of organising health services for you and as part of a broader health needs assessment for the wider population of displaced people from Ukraine.

Заповнюючи анкету про медичне обслуговування та надаючи свої контактні дані, ви підтверджуєте наступне:

By completing the healthcare questionnaire and providing your contact details you acknowledge the following:

- HSE (Ірландська служба охорони здоров'я) може надіслати вам електронний лист із відповідями на вашу анкету з питань охорони здоров'я*
The HSE (Irish health service) may send you an email containing your healthcare questionnaire responses
- HSE може використовувати ваші медичні дані всередині HSE для надання медичних послуг*
The HSE may share your healthcare data within the HSE for provision of healthcare services
- HSE може надавати ваші медичні дані іншим державними органами*
The HSE may share your healthcare data with other public/government bodies
- HSE може зв'язатися з вами щодо ваших майбутніх потреб, пов'язаних із станом здоров'я*
The HSE may contact you regarding your future health needs



Щоб дізнатися більше про те, як HSE обробляє вашу особисту інформацію, перегляньте повідомлення про конфіденційність HSE.

To learn more about on how the HSE process your personal information please see the [HSE privacy notice](#).

Я повністю розумію, що вся надана інформація є конфіденційною. Однак відповідно до законодавства про інфекційні захворювання та захист дітей, інформацію щодо інфекційних захворювання та проблем захисту дітей повідомлятимуть відповідним органам.

I fully understand that all information shared is confidential. However, under the infectious disease and child welfare and protection legislations, infectious disease and child protection concerns will be reported to the relevant authorities.

Я розумію, що мені не обов'язково брати участь у цьому оаитуванні, і що відмова не вплине на моє майбутнє медичне обслуговування в HSE. Однак, згідно із законодавством про інфекційні захворювання та захист дітей, я розумію, інформація щодо інфекційних захворювань та проблем захисту дітей повідомлятиметься відповідним органам.

I understand that I do not have to take part in this assessment and that opting out won't affect my future medical care with the HSE. However, under the infectious disease and child welfare and protection legislations, I understand that infectious disease and child protection concerns will be reported to the relevant authorities.

Ваш підпис: Your signature:		Дата: Date:	____/____/____
--------------------------------	--	----------------	----------------



Індивідуальна анкета оцінки стану здоров'я Individual Health Assessment Questionnaire

Частина 1: Демографічна інформація Part 1: Demographic information			
Ім'я First Name		Прізвище Surname	
Дата народження Date of Birth	___/___/____ (ДД/ММ/РІК) (DD/MM/YYYY)	Стать Gender	Чоловіча (Male) <input type="checkbox"/> Жіноча (Female) <input type="checkbox"/>
Персональний номер у службі соціального захисту PPSN			
Ідентифікатор тимчасового дозволу Міністерства юстиції DOJ Temporary Permission ID			
Номер національного посвідчення особи (паспорт/посвідчення особи, Україна) National ID number (Passport/Ukrainian ID)			
Адреса проживання в Ірландії Current Irish Address		Індекс Eircode	
Дата прибуття до Ірландії Date of arrival in Ireland	___/___/____ (ДД/ММ/РІК) (DD/MM/YYYY)		
Ірландський номер телефону Irish Phone Number	+ _____		
Інші номери (з кодом країни) Additional Phone Number (with country Prefix)	+ _____		
Вам потрібен перекладач? Do you need a translator?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	Якщо так, оберіть мови: If yes, what languages do you speak?	Українська (Ukrainian) <input type="checkbox"/> Російська (Russian) <input type="checkbox"/> Інша (Other): _____
Ім'я особи, що заповнює форму, якщо від імені іншої особи Name of person completing the form if on behalf of someone else		Ким є для Вас Relationship	Батько /Мати (Parent) <input type="checkbox"/> Опікун (Guardian) <input type="checkbox"/> Інше (Other) <input type="checkbox"/>
Якщо ви не досягли 18 років, чи є ви вона неповнолітнім без супроводу? If under 18 years old, is the person an unaccompanied minor?			Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>
Ви вагітні або у Вас пройшло менше, ніж 3 місяці після пологів? Are you pregnant or have you given birth in last 3 months?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Якщо Так, то направити на клінічний тріаж If Yes refer to clinical triage Ні (No) <input type="checkbox"/>		

Частина 2: гострі захворювання Part 2: Acute medical issues		
	Так / Yes	Ні / No
Ви зараз погано почуваєтеся? (наприклад, лихоманка, респіраторні проблеми, діарея, висипання, рани на тілі) Are you currently unwell? (e.g. fever, respiratory, diarrhoeal, rash, wound)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потрібна невідкладна стоматологічна допомога? (наприклад, біль у ротовій порожнині, абсцес, зламаний зуб) Dental emergency? (e.g. mouth pain, dental abscess, broken tooth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Частина 3: Ліки Part 3: Medications		
Маєте на щось алергію? Any known allergies?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	Якщо Так, то на що? If yes, what?
Ви приймаєте ліки на даний момент? Are you currently on medications?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	



Якщо Так, то чи Вам потрібно поповнити запас цих ліків протягом наступних 4 тижнів? If yes, do you need a new supply within the next 4 weeks?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Якщо Так, необхідно направити на клінічний триаж / If Yes refer to clinical triage Ні (No) <input type="checkbox"/>
--	---

Частина 4: Хронічні хвороби Part 4: Chronic medical issues	Так / Yes	Ні / No
Ви регулярно відвідуєте сімейного лікаря, поліклініку або амбулаторію в Україні? Do you regularly attend a family doctor, community services, or hospital out-patient service in Ukraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас є/ були перелічені нижче хвороби/ стани? Are any of the following conditions present or diagnosed?	Так / Yes	Ні / No
Хвороби серця Heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інсульт History of stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Цукровий діабет 1 типу Diabetes Mellitus Type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Цукровий діабет 2 типу Diabetes Mellitus Type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хронічні респіраторні захворювання (наприклад, ХОЗЛ або астма) Chronic respiratory disease (e.g. COPD or asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хронічні хвороби нирок Chronic Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Вам потрібен діаліз нирок? Do you require kidney dialysis? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Епілепсія Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Серйозні психічні хвороби Serious mental health issue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Важкий депресивний розлад Major depressive disorder 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Шизофренія Schizophrenia 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВІЛ HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гепатит В / гепатит С Hepatitis B / Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ослаблення імунітету Immunocompromised	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Рак Cancer 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Трансплантація органів Organ transplant 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інше Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інші скарги на здоров'я: надайте деталі Other medical concern: provide details		
Якщо була відповідь ТАК на будь-які вище згадані питання, необхідно направити на клінічний триаж та огляд інших спеціалістів If yes to any questions above, refer to clinical triage and onward referral as required		



Частина 5: Фактори способу життя Part 5: Lifestyle factors	
На даний момент Ви палите? Current smoker	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/> Якщо Так, направити до stopsmoking.org.ua If Yes refer to stopsmoking.org.ua
Ви вживали наркотики внутрішньовенно? History of intravenous drug use	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/> Якщо Так, направити на клінічний тріаж If Yes refer to clinical triage
Ви вживаєте алкоголь настільки інтенсивно, що це вимагає лікування? Excessive alcohol use requiring treatment	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/> Якщо Так, направити на клінічний тріаж If Yes refer to clinical triage
Ви хочете здати кров на аналізи на ВІЛ/гепатит В/гепатит С? Would you like to be tested for HIV/ Hepatitis B/ Hepatitis C?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/> Якщо Так, направити на клінічний тріаж If Yes refer to clinical triage

Частина 6: Хвороби/ Інвалідність Part 6: Disability	Ні – жодних труднощів No - no difficulty	Так - певні труднощі Yes - some difficulty	Так - багато труднощів Yes - a lot of difficulty	Взагалі не можу Cannot do at all
У Вас є проблеми із зором, навіть в окулярах? Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У Вас є проблеми зі слухом, навіть коли Ви використовуєте слуховий апарат? Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вам важко ходити пішки або підніматися сходами? Do you have difficulty walking or climbing steps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вам важко запам'ятовувати речі або зосереджуватись? Do you have difficulty remembering or concentrating?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У вас виникають труднощі (при догляді за собою), наприклад, чи важко Вам митися або одягатися? Do you have difficulty (with self-care such as) washing all over or dressing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Коли Ви говорите у звичній для Вас манері, Ви відчуваєте труднощі у спілкуванні, наприклад, чи розумієте Ви інших людей, а вони Вас? Using your usual (customary) language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ви вважаєте, що [Вашій дитині] важко навчатися або поводитися так, як і іншим дітям того ж віку? Do you think that [your child] has difficulties learning or behaving like other children of the same age?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ви використовуєте якісь спеціальні пристрої або засоби для допомоги собі через перераховані вище складнощі? Do you use any device or technology to help you with any of the above difficulties?				Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>
• Якщо так, то які саме? If yes, what?				
Якщо є відповіді Так на ці запитання, необхідне направлення на клінічний тріаж If yes to any questions above, refer to clinical triage				



Частина 7: Туберкульоз Part 7: Tuberculosis			
Ви лікувалися коли-небудь від туберкульозу? Have you ever been treated for TB?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	Якщо так, то коли? If yes when?	___ місяців тому ___ months ago
Чи завершено лікування? Was treatment completed?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't know) <input type="checkbox"/>		
Ви мали контакти з хворим(и) на туберкульоз протягом останніх 6 місяців? Have you had contact with anyone with TB in the last 6 months?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't know) <input type="checkbox"/>		
Чи маєте Ви якісь із наведених нижче симптомів? Do you have any of the following symptoms?	Новий кашель >3 тижні New Cough >3 weeks	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	
	Мокроти Sputum/phlegm	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	
	Кашель із кров'ю Coughing up blood	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	
	Безпричинна втрата ваги Unexplained weight loss	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	
	Нічна пітливість Drenching night sweats	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>	
Якщо є відповіді Так на запитання щодо туберкульозу, необхідне направлення на клінічний тріаж If yes to any questions above re TB, refer to clinical triage			

Частина 8: COVID-19 Part 8: COVID-19	
Ви хворіли на COVID-19 протягом останніх 3 місяців? Have you had COVID-19 infection in the last 3 months?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't know) <input type="checkbox"/>
Ви робили щеплення від COVID-19? Have you been vaccinated against COVID-19?	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>

Якщо Ви отримали щеплення: If you have been vaccinated:

Кількість щеплень Number of doses	Назва вакцини Name of vaccine e.g. Moderna/Spikevax, Pfizer-BioNTech/Comirnaty, Janssen /Johnson & Johnson, Oxford- AstraZeneca/Vaxzevria, Serum Institute of India/Covishield, Sinovac/CoronaVac	Дата останньої вакцинації (приблизно, якщо не пам'ятаєте) Date of last vaccination (approximately if don't know)
Доза / Dose 1		___/___/___
Доза / Dose 2		___/___/___
Доза / Dose 3		___/___/___

Кожна особа, старша 5 років, може отримати щеплення від COVID-19.

Everyone aged 5 years and over is eligible for a COVID-19 vaccination.

Ви хочете зробити щеплення від COVID-19? Would you like a COVID-19 Vaccination?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Якщо так, надайте дані стосовно попередніх щеплень від COVID 19 / If yes, provide information on COVID-19 vaccination Ні (No) <input type="checkbox"/>
--	---



Частина 9: Історія щеплень Part 9: Vaccination history		
<p>Вам (або Вашій дитині) робили в Україні всі рекомендовані для цього віку щеплення? Have you (or your child) received all the vaccines recommended in Ukraine for your (or their) age?</p>	<p><input type="checkbox"/> Так і в мене є письмова карта щеплень Yes and have written record of vaccination</p> <p><input type="checkbox"/> Так і в мене є усне підтвердження щеплень Yes and have verbal record of vaccination</p>	<p><input type="checkbox"/> Ні No</p> <p><input type="checkbox"/> Не знаю Don't know</p>
<p>Всіх дітей та молодь до 23 років потрібно направити до лікаря – терапевта для виконання графіка щеплень All children and young adults up to the age of 23 should be referred to the GP or CHO for catch-up vaccination</p>		

Деякі вакцини, рекомендовані в Ірландії, не використовуються в Україні. Ці вакцини захищають від таких захворювань, як менінгококова інфекція та пневмонія. Важливо, щоб діти та молодь, що проживають в Ірландії, отримали ці вакцини. Якщо деякі щеплення не були зроблені Вам або Вашій дитині в Україні, їх потрібно зробити тут. Більше інформації можна знайти на www.immunisation.ie. Порадьтеся з лікарем або медсестрою, щоб з'ясувати які вакцини можуть знадобитися Вам або Вашій дитині.

There are some vaccines that are recommended in Ireland that are not given in Ukraine. These vaccines protect against diseases like meningococcal infection and pneumonia. It's important that children and young people who are living in Ireland receive these vaccines. If you or your child have missed some vaccines in Ukraine you should also catch-up with these vaccines. You will find more information www.immunisation.ie. Talk to your Doctor or nurse about the vaccines that you or your child may need.

<p>Ваш підпис: Your signature:</p>		<p>Дата заповнення форми: Date the form was completed:</p>	<p>___/___/___</p>
--	--	--	--------------------

Тільки для HSE: For HSE Purposes Only:			
<p>Заповнено (ВЕЛИКИМИ ЛІТЕРАМИ): Review completed by (BLOCK CAPITALS):</p>	<p>Підпис: Signature:</p>	<p>Посада: Role:</p>	<p>Дата: Date:</p>



Примітки для спеціалістів медичної галузі, які проводять триаж з оцінки індивідуального стану здоров'я осіб

Individual Health Assessment Questionnaire Triage Notes for Healthcare Professionals

Індивідуальна анкета оцінки стану здоров'я осіб, переміщених у зв'язку з війною в Україні, була створена для самостійної оцінки стану або для оцінювання стану за допомогою спеціаліста, який не працює в галузі охорони здоров'я.

The Individual Health Assessment Questionnaire for people displaced by the war in Ukraine is designed to be self-administered or administered with the assistance of a non-healthcare professional.

На клінічний триаж необхідно направляти, якщо про це зазначено в анкеті.

Referral to clinical triage is required if indicated by the questionnaire.

Ситуації, в яких варто направляти на клінічний триаж:

Situations where it is appropriate to refer for clinical triage:

- Вагітні та особи, що народили протягом останніх 3 місяців
Those who are pregnant or who have given birth in last 3 months
- Особи, яким будуть потрібні рецепти ліків протягом наступних 4 тижнів
Those requiring medical prescriptions within 4 weeks
- Пацієнти з загостренням стану або хронічними хворобами, інвалідністю, ті, що потребують огляду медичного спеціаліста для запобігання погіршення стану, або якщо цей стан може вплинути на подальші потреби щодо розміщення
Those with acute or chronic medical conditions / disability that require medical attention to prevent rapid deterioration or could influence onward accommodation needs
- Особи з факторами ризику через абстинентний синдром у зв'язку з алкогольною/ наркотичною залежністю або пацієнти з серйозними психічними розладами
Those with risk factors for drug/alcohol withdrawal or those with major mental health condition
- Особи, які відповіли Так на будь-яке запитання щодо туберкульозу
Those who answer yes to any of the tuberculosis (TB) related questions
- Якщо є можливість здати аналізи крові на наявність хвороб, що передаються через кров:
If blood-borne virus testing is available:
 - Особи, які хочуть здати кров на аналіз щодо наявності таких захворювань: ВІЛ, гепатит Б, гепатит С
Those who would like to be tested for blood-borne viruses (HIV/ Hepatitis B/ Hepatitis C)
- Якщо є можливість вакцинуватися від COVID-19:
If COVID-19 vaccination is available:
 - Особи, які хотіли би зробити щеплення COVID-19
Those who would like to be vaccinated for COVID-19

Оцінювання даних анкети та клінічний триаж потрібно проводити в громадській організації охорони здоров'я (CHO). Необхідно розробити механізм направлення до відповідної організації.

Assessment of the questionnaire and clinical triage should be provided by the relevant Community Healthcare Organisation (CHO). A mechanism for onward referral to an appropriate service should be put in place.

На місцях, там, де використовується анкета, потрібно розробити документ з інструкціями про подальші дії, щоб допомогти спеціалістам, які проводять триаж, краще розуміти куди саме далі перенаправляти пацієнтів.

A local referral pathway document should be developed in each area where this questionnaire is implemented to help guide those doing clinical triage on where appropriate referrals should be made to.

Нижче наведена система розподілу на категорії. Ця система може допомогти при визначенні пріоритетів надання медичної допомоги/ первинної допомоги.

The following categorisation system may be helpful when prioritising referrals to medical services/ primary care.

<p>Категорія 1 Направлення Category 1 Referral</p>	<p>Терміново – протягом наступних 24 годин Urgent within 24 hours</p> <p>Терапет / Черговий лікар / лікар – реаніматолог, якщо пацієнт у важкому стані або терміново потребує рецепт ліків GP / Out of hours GP / ED if acutely unwell or urgent script required</p> <p>Якщо потрібна термінова медична допомога, то можливе направлення до лікарні Onward referral to hospital service if urgent service required</p>
<p>Категорія 2 Направлення Category 2 Referral</p>	<p>Терапевт/ Огляд іншим спеціалістом протягом наступних 48 – 72 годин GP/ Other service review within 48 – 72 hours</p> <p>Пацієнт погано почувається, потрібен огляд/рецепт у зв'язку з хронічною хворобою Generally unwell, script required for chronic illness</p>
<p>Категорія 3 Направлення Category 3 Referral</p>	<p>Терапевт/ Повторний огляд протягом наступних 4 – 6 тижнів GP/ Other service review within 4 – 6 weeks</p> <p>Повторний огляд з приводу хронічної хвороби Chronic illness review required</p>
<p>Категорія 4 Направлення Category 4 Referral</p>	<p>Терапевт/ Інший медичний спеціаліст за можливості* GP/ Other service review when possible*</p> <p>*Увага: всіх пацієнтів потрібно заохочувати звернутись до сімейного лікаря з приводу будь-яких хвороб медичного або психічного характеру *Note: all people should be advised to link with their assigned GP for any medical or psychological issues</p>

*Часові рамки можуть потребувати додаткової корекції

These timelines may need to be adjusted



**Записи за результатами тріажу (аналізу медичних потреб)
(Заповнюється медичним працівником)**

Triage Notes (To be completed by Healthcare Professional)

Хвороби:

Medical Conditions:

Ліки:

Medications:

Клінічні коментарі:

Clinical Notes:

План:

Plan:

Необхідні послуги | Service Requested

Терапевт General Practitioner	<input type="checkbox"/>	Послуги педіатра Child Health Service	<input type="checkbox"/>	Медична допомога – вагітність Pregnancy Services	<input type="checkbox"/>
Інвалідність/ Хвороба Disability	<input type="checkbox"/>	Послуги спеціаліста з психічного здоров'я Mental Health Service	<input type="checkbox"/>	Швидка стоматологічна допомога Emergency Dental	<input type="checkbox"/>
Інше (що саме) Other (give detail)					
Заповнено (ВЕЛИКИМИ ЛІТЕРАМИ): Completed by (BLOCK CAPITALS):	Підпис: Signature:		Посада: Role:	Дата: Date:	