



Версия Version	Дата Date	Изменения Changes
Версия 1.0 Version 1.0	04/04/22	Первая опубликованная версия анкеты оценки состояния здоровья V1.0 Originally published Rapid Health Risk Assessment V1.0
Версия 2.0 Version 2.0	05/05/22	Изменения в имени и содержании Name and content change Добавлены инструкции и примечания относительно клинического триажа Inclusion of triage guidance and notes
Версия 2.1 Version 2.1	13/05/22	Добавлены пункты: болезни, инвалидность Inclusion of disability questions
Версия 2.2 Version 2.2	23/05/22	Изменения на странице Подтверждения Changes to Acknowledgment page
Версия 2.3 Version 2.3	26/05/22	Updated hyperlink for HSE privacy notice.

Подтверждение Acknowledgement

Благодарим вас за заполнение анкеты индивидуальной оценки состояния здоровья.
Thank you for completing the Individual Health Assessment Questionnaire.

Ваше участие является добровольным
Your participation is voluntary

Служба здравоохранения Ирландии (the HSE) сохранит в конфиденциальности предоставляемые вами личные данные и обеспечит их надежное хранение.
The HSE will treat all personal data you provide as part of this questionnaire confidentially and store it securely.

Данная запись будет использована и сохранена Службой здравоохранения Ирландии (the HSE) в целях организации медицинских услуг для вас, а также в рамках более широкой оценки потребностей в сфере здравоохранения для более широкой группы перемещенных лиц из Украины.
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.

Заполняя данную анкету о здравоохранении и предоставляя ваши контактные данные, вы подтверждаете следующее:
By completing the healthcare questionnaire and providing your contact details you acknowledge the following:

- Служба здравоохранения Ирландии (the HSE) может прислать вам электронное сообщение, содержащее ваши ответы на анкету о здравоохранении
The HSE (Irish health service) may send you an email containing your healthcare questionnaire responses
- Служба здравоохранения Ирландии (the HSE) может делиться вашими данными о здравоохранении внутри Службы здравоохранения для предоставления медицинских услуг
The HSE may share your healthcare data within the HSE for provision of healthcare services



- *Служба здравоохранения Ирландии (the HSE) может делиться вашими данным о здравоохранении с другими общественными/государственными органами*
The HSE may share your healthcare data with other public/government bodies
- *Служба здравоохранения Ирландии (the HSE) может связаться с вами по поводу ваших будущих медицинских потребностей.*
The HSE may contact you regarding your future health needs

Чтобы узнать больше о том как Служба здравоохранения Ирландии (the HSE) обрабатывает ваши персональные данные, пожалуйста, ознакомьтесь с Политикой конфиденциальности Службы здравоохранения Ирландии (the HSE).

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

Я полностью понимаю, что вся предоставляемая информация является конфиденциальной. Однако, в соответствии с законодательством об инфекционных заболеваниях и с законодательством о благосостоянии и защите детей, о проблемах, связанных с инфекционными заболеваниями и защитой детей, будет сообщено соответствующим властям.
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 понимаю, что мне не обязательно принимать участие в данной оценке и отказ от участия не повлияет на мое будущее медицинское обслуживание в Службе здравоохранения Ирландии (the HSE). Однако, в соответствии с законодательством об инфекционных заболеваниях и с законодательством о благосостоянии и защите детей, о проблемах, связанных с инфекционными заболеваниями и защитой детей, будет сообщено соответствующим властям.
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.

Ваша подпись: Your signature:		Дата: Date:	____/____/____
----------------------------------	--	----------------	----------------

**Индивидуальная анкета оценки состояния здоровья****Individual Health Assessment Questionnaire****Часть 1: Демографическая информация | Part 1: Demographic information**

Имя First Name		Фамилия Surname	
Дата рождения Date of Birth	___/___/___ (ДД/ММ/ГОД) (DD/MM/YYYY)	Пол Gender	Мужской (Male) <input type="checkbox"/> Женский (Female) <input type="checkbox"/>
PPSN идентификационный номер органов социальной защиты PPSN			
DOJ идентификационный номер временного разрешения Министерства юстиции DOJ Temporary Permission ID			
Национальный идентификационный номер (паспорт/удостоверение личности, Украина) National ID number (Passport/Ukrainian ID)			
Адрес проживания в Ирландии Current Irish Address		Индекс Eircode	
Дата прибытия в Ирландию Date of arrival in Ireland	___/___/___ (ДД/ММ/ГОД) (DD/MM/YYYY)		
Ирландский номер телефона Irish Phone Number	+ _____		
Другие номера телефонов (с кодом страны) Additional Phone Number (with country Prefix)	+ _____		
Вам нужен переводчик? Do you need a translator?	Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/>	Если да, выберите следующие языки: If yes, what languages do you speak?	Украинский (Ukrainian) <input type="checkbox"/> Русский (Russian) <input type="checkbox"/> Другое (Other): _____
Имя и фамилия человека, заполняющего форму, если не самостоятельно Name of person completing the form if on behalf of someone else		Кем Вам приходится Relationship	Отец /Мать (Parent) <input type="checkbox"/> Опекун (Guardian) <input type="checkbox"/> Другое (Other) <input type="checkbox"/>
Если человек не достиг 18-летнего возраста, считается ли он несовершеннолетним без сопровождения? If under 18 years old, is the person an unaccompanied minor?			Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/>
Вы беременны? Вы родили менее чем через 3 месяца назад? Are you pregnant or have you given birth in last 3 months?		Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/>	Если да, то необходим клинический триаж If Yes refer to clinical triage



Часть 2: Острые заболевания Part 2: Acute medical issues		
	Да (Yes)	Нет(No)
Вы чувствуете себя плохо сейчас? (возможные симптомы: повышенная температура, проблемы с дыханием, диарея, сыпь, раны на теле) Are you currently unwell? (e.g. fever, respiratory, diarrhoeal, rash, wound)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нужна ли Вам неотложная стоматологическая помощь? (например, боль во ротовой полости, зубной абсцесс, сломанный зуб) Dental emergency? (e.g. mouth pain, dental abscess, broken tooth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Часть 3: Лекарства Part 3: Medications			
У вас аллергия? Any known allergies?	Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/>	Если да, то на что? If yes, what?	
Вы принимаете лекарства на данный момент? Are you currently on medications?	Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/>		
Если да, потребуется ли Вам новая порция этих лекарств в течение следующих 4 недель? If yes, do you need a new supply within the next 4 weeks?	Да (Yes) <input type="checkbox"/> Если да, то необходим клинический триаж / If Yes refer to clinical triage Нет (No) <input type="checkbox"/>		

Часть 4: Хронические заболевания Part 4: Chronic medical issues		
	Да (Yes)	Нет(No)
Вы регулярно посещаете семейного врача, клинику или поликлинику в Украине? Do you regularly attend a family doctor, community services, or hospital out-patient service in Ukraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У вас есть / были какие-либо из перечисленных заболеваний / состояний? Are any of the following conditions present or diagnosed?	Да (Yes)	Нет(No)
Болезни сердца Heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Инсульт History of stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сахарный диабет 1 типа Diabetes Mellitus Type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сахарный диабет 2 типа Diabetes Mellitus Type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Хронические респираторные заболевания (например, ХОБЛ или астма) Chronic respiratory disease (e.g. COPD or asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Хронические заболевания почек Chronic Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Вам требуется проведение диализа почек? Do you require kidney dialysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Эпилепсия Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Серьезное психическое заболевание Serious mental health issue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Тяжелое депрессивное расстройство Major depressive disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Шизофрения Schizophrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВИЧ HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гепатит В / гепатит С Hepatitis B / Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ослабление иммунитета 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">Трансплантация органов Organ transplant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое: пожалуйста, уточните здесь Other medical concern: provide details		
Если среди полученных ответов есть Да, то необходимо провести клинический триаж и обследование другими специалистами If yes to any questions above, refer to clinical triage and onward referral as required		



Часть 5: Факторы образа жизни | Part 5: Lifestyle factors

<p>На данный момент Вы курите? Current smoker</p>	<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/> Если да, необходимо направить пациента stopsmoking.org.ua If Yes refer to stopsmoking.org.ua</p>
<p>Вы принимали наркотики внутривенно? History of intravenous drug use</p>	<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/> Если да, то необходим клинический триаж If Yes refer to clinical triage</p>
<p>Вы употребляете алкоголь настолько много, что эта привычка требует лечения? Excessive alcohol use requiring treatment</p>	<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/> Если да, то необходим клинический триаж If Yes refer to clinical triage</p>
<p>Вы хотите сдать кровь на ВИЧ / гепатит В / гепатит С? Would you like to be tested for HIV/ Hepatitis B/ Hepatitis C?</p>	<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/> Если да, то необходим клинический триаж If Yes refer to clinical triage</p>

Часть 6: Болезнь/Инвалидность Part 6: Disability	Нет – никаких сложностей No - no difficulty	Да – есть определенные трудности Yes - some difficulty	Да - много сложностей Yes - a lot of difficulty	Я не могу этого сделать вообще Cannot do at all
У вас есть проблемы со зрением, даже в очках? Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У вас есть проблемы со слухом, даже когда Вы используете слуховой аппарат? Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вам трудно ходить пешком или подниматься по лестнице? Do you have difficulty walking or climbing steps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вам трудно запоминать информацию или концентрироваться? Do you have difficulty remembering or concentrating?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У вас есть трудности (при уходе за собой), например, трудно ли Вам стирать или одеваться? 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"/>



<p>Когда Вы говорите в своей обычной манере, возникают ли у Вас трудности с общением, понимаете ли Вы других людей, и понимают ли они Вас? Using your usual (customary) language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Считаете ли Вы, что [Вашему ребенку] трудно учиться или вести себя как другие дети того же возраста? Do you think that [your child] has difficulties learning or behaving like other children of the same age?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Используете ли вы какие-либо специальные устройства или инструменты для облегчения состояния жизни в связи с указанными выше сложностями? Do you use any device or technology to help you with any of the above difficulties?</p>				<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/></p>
<ul style="list-style-type: none"> Если да, то какие? If yes, what? 				
<p>Если есть ответы Да на поставленные выше вопросы, необходимо проведение клинического триажа If yes to any questions above, refer to clinical triage</p>				

Часть 7: Туберкулез Part 7: Tuberculosis			
<p>Вы когда-нибудь проходили лечение от туберкулеза? Have you ever been treated for TB?</p>	<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/></p>	<p>Если да, то когда? If yes when?</p>	<p>___ месяцев назад ___ months ago</p>
<p>Завершено ли лечение? Was treatment completed?</p>	<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't know) <input type="checkbox"/></p>		
<p>Были ли у вас контакты с больным туберкулезом в течение последних 6 месяцев? Have you had contact with anyone with TB in the last 6 months?</p>	<p>Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ни (No) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't know) <input type="checkbox"/></p>		
<p>Есть ли у вас какие-либо из следующих симптомов? Do you have any of the following symptoms?</p>	<p>Новый кашель >3 недели New Cough >3 weeks</p>		<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/></p>
	<p>Мокрота Sputum/phlegm</p>		<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/></p>
	<p>Кашель с кровью Coughing up blood</p>		<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/></p>
	<p>Беспричинная потеря веса Unexplained weight loss</p>		<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/></p>
	<p>Ночная потливость Drenching night sweats</p>		<p>Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/></p>
<p>Если есть ответы Да, то необходим клинический триаж If yes to any questions above re TB, refer to clinical triage</p>			



Часть 8: COVID-19 | Part 8: COVID-19

Вы болели COVID-19 в течении последних 3 месяца? Have you had COVID-19 infection in the last 3 months?	Да (Yes) <input type="checkbox"/> Нет (No) <input type="checkbox"/> Не знаю (Don't know) <input type="checkbox"/>
Вам делали прививку от COVID-19? Have you been vaccinated against COVID-19?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Ні (No) <input type="checkbox"/>

Если Вам делали прививку: If you have been vaccinated:

Количество прививок Number of doses	Какая вакцина от COVID 19 применялась Name of vaccine например, Moderna/Spikevax, Pfizer-BioNTech/Comirnaty, Janssen/Johnson & Johnson, Oxford-AstraZeneca/Vaxzevria, Институт сыворотки Индии/Covishield, Sinovac/CoronaVac	Дата последней прививки (приблизительно, если не помните) Date of last vaccination (approximately if don't know)
Прививка 1 / Dose 1		___/___/___
Прививка 2 / Dose 2		___/___/___
Прививка 3 / Dose 3		___/___/___

Каждый человек, старше 5 лет может получить прививку от COVID-19.

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

Вы хотите сделать прививку от COVID-19? Would you like a COVID-19 Vaccination?	Так (Yes) <input type="checkbox"/> Если да, укажите данные о предыдущих прививках от COVID-19 / If yes, provide information on COVID-19 vaccination Нет (No) <input type="checkbox"/>
---	--

Часть 9: История прививок | Part 9: Vaccination history

Вы (или ваш ребенок) были вакцинированы в Украине? Have you (or your child) received all the vaccines recommended in Ukraine for your (or their) age?	<input type="checkbox"/> Да, у меня есть письменная карта прививок Yes and have written record of vaccination <input type="checkbox"/> Нет No <input type="checkbox"/> Да, у меня есть устное подтверждение о прививках Yes and have verbal record of vaccination <input type="checkbox"/> Я не знаю Don't know
<p>Все дети и молодые люди в возрасте до 23 лет должны быть направлены к семейному доктору для проведения прививок в соответствии с графиком. All children and young adults up to the age of 23 should be referred to the GP or CHO for catch-up vaccination</p>	



Некоторые прививки, рекомендованные в Ирландии, не делаются в Украине. Эти прививки защищают от менингококковой инфекции и пневмонии. Детям и молодым людям, находящимся в Ирландии, важно сделать эти прививки. Если какие-то прививки не были сделаны Вам или Вашему ребенку в Украине, их нужно сделать здесь. Проконсультируйтесь с семейным врачом или медсестрой, чтобы узнать, какие вакцины могут понадобиться Вам или Вашему ребенку.

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.

Ваша подпись: Your signature:		Дата заполнения анкеты: Date the form was completed:	____/____/____
----------------------------------	--	---	----------------

Только для использования HSE: For HSE Purposes Only:			
Заполнено кем (ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ): Review completed by (BLOCK CAPITALS):	Подпись: Signature:	Должность: Role:	Дата: Date:



Примечания для специалистов немедицинской отрасли, которые проводят клинический триаж - индивидуальная оценка состояния здоровья

Individual Health Assessment Questionnaire Triage Notes for Healthcare Professionals

Индивидуальная анкета оценки состояния здоровья была разработана для людей, перемещенных в результате войны в Украине. Анкета создана для самостоятельной оценки своего состояния или оценки состояния с помощью специалиста, который не работает в сфере здравоохранения.

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.

Пациенты должны направляться на клинический триаж, если это указано в анкете.

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

Ситуации, в которых необходимо проводить клинический триаж:

Situations where it is appropriate to refer for clinical triage:

- **Беременные женщины и женщины, родившие ребенка в предыдущие 3 месяца**
Those who are pregnant or who have given birth in last 3 months
- **Пациенты, которым потребуются рецепты лекарств в течение последующих 4 недель**
Those requiring medical prescriptions within 4 weeks
- **Пациенты с обострением болезни или хроническими заболеваниями, инвалидностью, те, кто нуждается в консультации медицинского специалиста для предотвращения ухудшения состояния, или, если это состояние может повлиять на дальнейшие потребности в размещении и проживании**
Those with acute or chronic medical conditions / disability that require medical attention to prevent rapid deterioration or could influence onward accommodation needs
- **Лица с факторами риска вследствие абстинентного синдрома из-за алкоголизма/наркомании или пациенты с серьезными психическими расстройствами**
Those with risk factors for drug/alcohol withdrawal or those with major mental health condition
- **Пациенты, ответившие Да на какой – либо вопрос о туберкулезе**
Those who answer yes to any of the tuberculosis (TB) related questions
- **Если возможно проведение анализов крови:**
If blood-borne virus testing is available:
 - **Пациенты, желающие сдать кровь на анализы на наличие таких заболеваний (ВИЧ, гепатит В, гепатит С)**
Those who would like to be tested for blood-borne viruses (HIV/ Hepatitis B/ Hepatitis C)
- **Если есть возможность выполнения прививки от COVID-19:**
If COVID-19 vaccination is available:
 - **Лица, которые хотели бы получить прививку от COVID-19**
Those who would like to be vaccinated for COVID-19

Оценка данных анкеты и клинический триаж должны проводиться в организации общественного здравоохранения (СНО). Необходимо разработать механизм обращения в соответствующую организацию.

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 местах, где проводится заполнение анкеты, необходимо разработать соответствующий документ с инструкцией и указаниями, которые помогут специалистам немедицинской отрасли определить в каких случаях и куда лучше перенаправлять пациентов.

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.



Эта таблица категорий может помочь в определении приоритетов медицинской помощи /первичной медико-санитарной помощи.

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

Категория 1 Направление Category 1 Referral	Срочно – в течение следующих 24 часов Urgent within 24 hours Терапевт / Дежурный врач / Врач - реаниматолог, если пациент находится в тяжелом состоянии или срочно нуждается в назначении лекарств GP / Out of hours GP / ED if acutely unwell or urgent script required Если требуется срочная медицинская помощь, то возможно направление в больницу Onward referral to hospital service if urgent service required
Категория 2 Направление Category 2 Referral	Терапевт / Консультация другого специалиста в течение последующих 48-72 часов GP/ Other service review within 48 – 72 hours Пациент плохо себя чувствует, необходимо обследование в связи с хроническим заболеванием Generally unwell, script required for chronic illness
Категория 3 Направление Category 3 Referral	Терапевт / Повторное обследование в течение следующих 4-6 недель GP/ Other service review within 4 – 6 weeks Повторное обследование в связи с хроническим заболеванием Chronic illness review required
Категория 4 Направление Category 4 Referral	Терапевт / Другой медицинский работник, если это возможно* GP/ Other service review when possible* *Внимание: по поводу любых медицинских или психических заболеваний всем пациентам следует рекомендовать проконсультироваться с семейным врачом *Note: all people should be advised to link with their assigned GP for any medical or psychological issues

*Временные рамки могут потребовать дополнительной коррекции

These timelines may need to adjusted

**Записи по результатам клинического триажа (анализ медицинских потребностей)
(заполняется медицинским работником)****Triage Notes (To be completed by Healthcare Professional)**

Заболевания:

Medical Conditions:

Медикаменты:

Medications:

Медицинские комментарии:

Clinical Notes:

План:

Plan:

Необходимые услуги | Service Requested

Терапевт General Practitioner	<input type="checkbox"/>	Услуги педиатра Child Health Service	<input type="checkbox"/>	Медицинская помощь – беременность Pregnancy Services	<input type="checkbox"/>
Инвалидность/ Болезнь Disability	<input type="checkbox"/>	Помощь специалиста в области психического здоровья Mental Health Service	<input type="checkbox"/>	Неотложная стоматологическая помощь Emergency Dental	<input type="checkbox"/>
Другое (что именно) Other (give detail)					
Заполнено кем (ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ): Completed by (BLOCK CAPITALS):	Подпись : Signature:	Должность: Role:	Дата:		