

تعليمات

إن برنامج Healthy Michigan Plan مهتم جداً في مساعدتك على المعافاة والبقاء في صحة وعافية. ولهذا، نريد أن نسألك بعض الأسئلة عن صحتك الحالية. سيستخدم كل من طبيبك والخطة الصحية المنتسب فيها هذه المعلومات لأجل تلبية احتياجاتك الصحية بشكل أفضل. إن المعلومات التي تقدمها في هذا النموذج هي معلومات صحية شخصية يحميها القانون الفيدرالي وقانون الولاية وسيتم حفظها بسرية. لا يمكن استخدامها لرفض تغطية الرعاية الصحية.

ونشجعك أيضاً أن ترى طبيبك لإجراء فحص صحي عام في أقرب وقت ممكن بعد أن تنتسب في إحدى الخطط الصحية، وأن تعاود عمل ذلك مرة واحدة على الأقل كل عام بعد ذلك. علماً أن حجز موعد لفحص عام سنوي هو من المنافع التي يغطيها برنامج Healthy Michigan Plan. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة في النقل للذهاب إلى هذا الموعد والرجوع منه فعليك الاتصال بخطة الرعاية الصحية المنتسب فيها.

إن كنت تتطلب إلى مساعدة في تعبئة واستكمال هذا النموذج، فعليك أن تتصل بالخطة الصحية المنتسب فيها. كما يمكنك الاتصال بـ Beneficiary Help Line (خط مساعدة المستفيدين) على رقم الهاتف 1-800-642-3195 أو بالرقم 1-866-501-5656 للذين يستخدمون TTY (المبرقة الكاتبة) إذا كان لديك أسئلة حول هذا الأمر.

ويمكنك أن تتعرف على مزيد من المعلومات أيضاً على هذا الموقع الإلكتروني التالي: www.healthymichiganplan.org.

تعليمات حول استكمال تقييم المخاطر الصحية لبرنامج Healthy Michigan Plan:

- أجب على أسئلة القسم الأول والثاني والثالث بأفضل ما يمكنك عليه. لا يتطلب منك أن تجيب على كافة الأسئلة.
- اتصل بمكتب طبيبك لتحديد موعد الفحص الصحي العام السنوي. خذ هذا النموذج معك إلى الموعد المحدد لك.
- سيقوم طبيبك أو مقدم رعاية أولية آخر باستكمال القسم الرابع. سيرسل الطبيب أو مقدم الرعاية نتائجك إلى الخطة الصحية المنتسب فيها.
- لا تنسى استكمال تعبئة تقييم جديد للمخاطر الصحية في كل عام.

بعد الذهاب إلى موعدك، احتفظ بنسخة أو بنسخة مطبوعة من هذا النموذج الذي يحتوي على توقيع طبيبك عليها. ويكون هذا سجلك بأنك أكملت التقييم السنوي للمخاطر الصحية.

For questions and/or problems, or help to translate, call the Beneficiary Help Line at 1-800-642-3195 or TTY 1-866-501-5656.

Spanish: Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al telefono, 1-800-642-3195 or TTY 1-866-501-5656

Arabic: TTY 1-866-501-5656

إذا كان لديكم أي سؤال، يرجى الإتصال بخط المساعدة على الرقم المجاني ١-٨٠٠-٦٤٢-٣١٩٥


تاريخ الميلاد (ش/ش/ي/س/س/س)		الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير، واللاحقة		
رقم بطاقة عضويتك في mihealth		الثقة أو رقم القطعة	العنوان البريدي	
رقم هاتف آخر	رقم الهاتف	الرمز البريدي	الولاية	المدينة

القسم الأول – أسئلة حول التقييم المبدئي (ضع علامة في أحد مربعات الإجابة لكل سؤال)

1. كيف تعتبر صحتك بشكل عام؟ ممتازة جيدة جداً جيدة لا بأس بها ضعيفة
2. هل أخبرك طبيب بأنك تعاني من ضعف السمع أو أنك أصم؟ نعم لا
3. (للنساء فقط) هل أنت حامل حالياً؟ نعم لا ينطبق (للرجال فقط)
4. في الأيام السبعة الماضية، كم يوماً تمرّنت فيه لمدة لا تقل عن 20 دقيقة في اليوم؟ كل يوم 3-6 أيام 1-2 يوم 0 يوم
 ? يتضمن التمرين كلاً من المشي أو التدبير المنزلي أو الركض أو رفع الأثقال أو لعب إحدى الألعاب الرياضية أو اللعب مع أطفالك. يمكن أن يكون التمرين في مكان العمل أو حول البيت أو للتسلية فقط أو كتمرين.
5. في الأيام السبعة الماضية، كم يوماً أكلت فيه 3 حصص أو أكثر من الفاكهة أو الخضار في يوم واحد؟ كل يوم 3-6 أيام 1-2 يوم 0 يوم
 ? كل مرة تأكل فيها فاكهة أو خضاراً يحسب حصة واحدة. يمكن أن تكون الفاكهة أو الخضار طازجة أو مجمدة أو معلبة أو مخلوطة مع مواد غذائية أخرى.
6. في الأيام السبعة الماضية، كم مرة في الأسبوع شربت فيها مشروبات كحولية (5 أو أكثر للرجال، 4 أو أكثر للنساء) في جلسة واحدة؟ أبداً مرة واحدة في الأسبوع 2-3 مرات في الأسبوع أكثر من 3 مرات خلال الأسبوع
 ? مشروب واحد يساوي عبوة بييرة واحدة أو كأس من النبيذ أو جرعة واحدة من الكحول المقطرة.
7. في الثلاثين يوماً الماضية، هل دخنت أو تعاطيت التبغ والتبناك؟ نعم لا
 إذا كان الجواب بنعم، فهل تريد الإقلاع عن التدخين أو تعاطي التبغ والتبناك؟ نعم أركز الآن على الإقلاع أو التخفيف لا
8. كم مرة يكون التوتر العصبي مشكلة لك في التعامل مع الأشياء اليومية كصحتك أو نقودك أو عمالك أو علاقتك مع أفراد الأسرة والأصدقاء؟ كل يوم تقريباً أحياناً نادراً أبداً

رقم بطاقة عضويتك في mihealth	الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير، واللاحقة
------------------------------	---------------------------------------------------


9. هل تتعاطى المخدرات أو الأدوية (بشكل غير ما هو موصوف لك طبياً بالضبط) لأجل التأثير على مزاجك أو لتساعدك على الارتياح والاسترخاء؟
 كل يوم تقريباً أحياناً نادراً أبداً


يُتضمن هذا المخدرات الممنوعة والتي تعرف أيضاً بمخدرات وعقاقير الشوارع والأدوية الطبية من طبيب أو صيدلية إذا كنت تتناولها بشكل مخالف تماماً عما قاله لك الطبيب أن تتناولها. 

10. هل تلقّحت بحقنة إنفلونزا في العام الماضي؟ نعم لا

11. كم مضى عليك منذ آخر مرة زرت فيها طبيب أسنان أو عيادة أسنان لأي سبب من الأسباب؟
 أبداً خلال السنة الماضية بين سنة واحدة وستين بين 3 و5 سنوات أكثر من 5 سنوات

12. هل تكون وسائل النقل ميسرة لك للذهاب إلى المواعيد الطبية؟
 نعم لا أحياناً، إلا إنها غير جيدة بالثقة

يمكن أن تكون وسائل النقل سيارتك الخاصة، أو صديق يقودك، أو حافلة، أو سيارة أجرة. يمكن للخطة الصحية المنتسب فيها أن تساعدك في شؤون الذهاب إلى مواعيدك الطبية والإياب منها. 

13. هل تحتاج إلى مساعدة في الطعام أو الملابس أو المرافق العامة أو السكن؟ نعم لا
 قد يكون هذا مشكلة في دفع فاتورة التدفئة، أو عطل في التلاجة، أو عدم وجود مكان دائم للعيش فيه. 


14. إن الفحص الصحي العام هو زيارة مكتب الطبيب عندما لا يكون لديك مشكلة صحية معينة. كم مضى عليك منذ آخر زيارة خضعت فيها لفحص عام؟
 خلال السنة الماضية بين 1 و3 سنوات أكثر من 3 سنوات

القسم الثاني – الموعد السنوي

الفحص الصحي العام العادي هو جزء مهم من الاعتناء بصحتك. وأن حجز موعد لفحص عام سنوي هو من المنافع التي يغطيها برنامج Healthy Michigan Plan ويمكن للخطة الصحية المنتسب فيها أن تساعدك في شؤون الذهاب إلى هذا الموعد والإياب منه.
 تاريخ الموعد:

(ش/ش/ي/س/س/س)

من المحتمل أن أتحدث في مواعي مع طبيبي عن التالي:

يُتيح لك الموعد السنوي الفرصة لتتحدث مع طبيبك وتسال أي سؤال قد يكون لديك حول صحتك بما في ذلك الأسئلة المتعلقة بأدويتك أو التحاليل المختبرية التي قد تكون بحاجة إليها. 

خذ هذا النموذج إلى الفحص الصحي العام وأكمل تعبئة بقية هذا النموذج مع طبيبك في ذلك الموعد.

رقم بطاقة عضويتك في mihealth	الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير، واللاحقة
------------------------------	---------------------------------------------------

القسم الثالث – الاستعداد للتغيير

سلوكك المركز على عافيتك

يمكن أن يكون للتغييرات الصغيرة اليومية أثراً كبيراً على صحتك. فكر بالتغييرات التي تهتمك كثيراً و ترغب عملها في العام القادم. ومن المهم أيضاً أن تحصل على كل الفحوصات التي يوصى بها طبيبك لرصد حالتك الصحية.

بما أنك فكرت الآن بشؤون سلوكك الصحي، فيرجى الإجابة على الأسئلة 1-3. عند الإجابة على كل سؤال من هذه الأسئلة، استخدم المقياس الموجود في كل سؤال واختر رقماً من 0 إلى 5.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5

لا أريد أن أعمل التغييرات الآن
أريد أن أعرف المزيد عن التغييرات التي يمكنني أن أعملها
نعم، أعرف التغييرات التي أريد الشروع في عملها

1. عند التفكير بسلوكك الصحي، هل تريد أن تعمل بعض التغييرات الصغيرة في نمط حياتك في هذا المجال من أجل تحسين صحتك؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5

لا أظن أن أفراد أسرتي أو أصدقائي سيساعدوني
أظن أن لدي بعض الدعم
نعم، أظن أن أفراد أسرتي أو أصدقائي سيساعدوني

2. ما قدر الدعم الذي تظن أنه يمكنك الحصول عليه من أفراد أسرتك أو أصدقائك عندما يعرفون أنك تحاول أن تعمل بعض التغييرات؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5

لا أريد أن يتصل بي أحد
أريد أن أعرف مزيداً عن البرامج التي يمكن أن تساعدني
نعم، أرغب في التسجيل للبرامج التي يمكن أن تساعدني

3. ما قدر الدعم الذي تؤد أن تحصل عليه من طبيبك أو الخطة الصحية المنتسب فيها لعمل هذه التغييرات؟

Section 4 – To be completed by your primary care provider (يجب استكمال تعبئة القسم الرابع من مقدم الرعاية الأولية المسؤول عنك)

Primary care providers should fill out this form for Healthy Michigan Plan beneficiaries enrolled in Managed Care Plans only. Fill in the "Healthy Behaviors Goals Progress" question and select a "Healthy Behavior Goals" statement in discussion with your patient. Sign the Primary Care Provider Attestation, including the date of the appointment. Both parts of Section 4 must be filled in for the attestation to be considered complete.

Healthy Behaviors Goals Progress

Did the patient maintain or achieve/make significant progress towards their selected health behavior goal(s) over the last year?

- Not applicable – this is the first known Healthy Michigan Plan Health Risk Assessment for this patient.
- Yes
- No
- Patient had a serious medical, behavioral, or social condition or conditions which precluded addressing unhealthy behaviors.

رقم بطاقة عضويتك في mihealth	الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير، واللاحقة
------------------------------	---------------------------------------------------

Healthy Behavior Goals

Choose one of the following for the next year:

- 1. Patient does not have health risk behaviors that need to be addressed at this time.
- 2. Patient has identified at least one behavior to address over the next year to improve their health (choose one or more below):

<input type="checkbox"/> Increase physical activity, learn more about nutrition and improve diet, and/or weight loss	<input type="checkbox"/> Reduce/quit alcohol consumption
<input type="checkbox"/> Reduce/quit tobacco use	<input type="checkbox"/> Treatment for substance use disorder
<input type="checkbox"/> Annual influenza vaccine	<input type="checkbox"/> Dental visit
<input type="checkbox"/> Follow-up appointment for screening or management (if necessary) of hypertension, cholesterol and/or diabetes	<input type="checkbox"/> Follow-up appointment for maternity care/reproductive health
<input type="checkbox"/> Follow-up appointment for recommended cancer or other preventative screening(s)	<input type="checkbox"/> Follow-up appointment for mental health/behavioral health
<input type="checkbox"/> Other: explain _____	
- 3. Patient has a serious medical, behavioral or social condition(s) which precludes addressing unhealthy behaviors at this time.
- 4. Unhealthy behaviors have been identified, patient’s readiness to change has been assessed, and patient is not ready to make changes at this time.
- 5. Patient has committed to maintain their previously achieved Healthy Behavior Goal(s).

Primary Care Provider Attestation

I certify that I have examined the patient named above and the information is complete and accurate to the best of my knowledge. I have provided a copy of this Health Risk Assessment to the member listed above.

Provider Last Name	Provider First Name	National Provider Identifier (NPI)
Provider Telephone Number		Date of Appointment
Signature		Date

Submit form by fax or via CHAMPS:

Fax to: 517-763-0200

CHAMPS: The Health Risk Assessment form can be submitted and viewed in the CHAMPS system via the Health Risk Assessment Questionnaire Web Page.

The Michigan Department of Health and Human Services does not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, genetic information, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs, or disability.	
AUTHORITY: MCL 400.105(d)(1)(e)	COMPLETION: Is voluntary, but required for participation in certain Healthy Michigan Plan programs.