

Dr Alistair Adey
BSc MBBS DRCOG MRCGP

Dr Julia Dancy
MBChB MRCP MRCGP DCH DTM&H DFFP

Dr Edward Argent-Belcher
MA (Cantab) MB BChir MRCGP

Dr Rachel Callely
MBBS MRCP MRCGP

Dr Kathryn Cheong
BSc MBChB MRCGP Dip BSLM/IBLM



DRS ADEY & DANCY
TARPORLEY HEALTH CENTRE
PARK ROAD
TARPORLEY
CHESHIRE
CW6 0BE

Tel: 01829 732401
cmicb-cheshire.drsadeyanddancy@nhs.net
<https://tarporleydoctors.gpsurgery.net>

Експрес-оцінка ризику для здоров'я

Rapid Health Risk Assessment

Частина 1: Демографічна інформація
Part 1: Demographic information

Ім'я <i>First Name</i>	
Прізвище <i>Surname</i>	
Дата народження (ДД/ММ/РРРР) <i>Date of Birth (DD/MM/YYYY)</i>	
Стать <i>Gender</i>	
Адреса <i>Address</i>	
Номер телефону (код країни) <i>Phone Number (country Prefix)</i>	
Додатковий номер телефону <i>Additional Phone Number</i>	

Частина 2: Привітання
Part 2: Welcome

Привітання завершено ☐
Welcome completed

Completed by (BLOCK CAPITALS):	Signature	Role	Date

Частина 3: Медичне обстеження
Part 3: Health Screening

Чи є у вас алергія на ліки? Так ☐ Ні ☐ Якщо так, то на що? _____
Any known drug allergies? Yes No if yes what?

Є інші алергії? Так ☐ Ні ☐ Якщо так, то на що? _____
Any known other allergies? Yes No if yes what?

Поточні ліки/ поточні проблеми зі здоров'ям?
Current Medication/ Ongoing Health Concerns?

Так ☐ Ні ☐ Будь ласка, вкажіть подробиці
Yes No Please give details

Клінічна діагностика (необов'язково - тільки при наявності клінічних показань - при відхиленнях від норми зверніться до терапевта)

Clinical Triage (optional - only if clinically indicated – if abnormal refer to GP)

Частота дихання <i>Respiratory Rate</i>		Частота серцевих скорочень (уд/хв) <i>Heart Rate (BPM)</i>	
Насичення киснем (SpO2) <i>SpO2</i>		Температура (Цельсій) <i>Temp (Celsius)</i>	
Артеріальний тиск <i>Blood Pressure</i>		Глюкоза в крові <i>Blood Glucose</i>	

Наступні питання призначені для всіх

The following questions are intended for everyone

Перевірка на туберкульоз: Якщо "так" на всі запитання, зверніться до терапевта для обстеження

TB Screening: If yes to any questions below, refer to GP for review

Чи лікувалися ви від туберкульозу протягом останніх 12 місяців? Так ☐ Ні ☐ Якщо так, то коли? _____

Have you been treated for TB in the last 12 months?

Yes No

If yes when?

Чи є у вас які-небудь з наступних симптомів?

Do you have any of the following symptoms?

- Новий кашель > 3 тижнів: Так ☐ Ні ☐
New Cough >3 weeks : Yes No
- Виділення мокротиння/слизу: Так ☐ Ні ☐
Sputum/phlegm : Yes No
- Кашель з кров'ю: Так ☐ Ні ☐
Coughing up blood: Yes No
- Незрозуміла втрата ваги: Так ☐ Ні ☐
Unexplained weight loss: Yes No
- Нічна пітливість: Так ☐ Ні ☐
Drenching night sweats: Yes No

Історія вакцинації:*Vaccination History:***У віці 16 років і більше:***Aged 16 and over:*

Вакцинація COVID-19 <i>COVID-19 vaccination</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>
Якщо так, то назва вакцини <i>If yes, Name of vaccine</i>	
Кількість доз <i>Number of doses</i>	

		Дата останньої вакцинації <i>Date of last vaccination</i>
Вакцинація проти сезонного грипу <i>Seasonal Influenza vaccination</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	
Вакцинація проти дифтерії/правця <i>Diphtheria / Tetanus vaccination</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	
Вакцинація проти гепатиту В <i>Hepatitis B vaccination</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	
MMR або вакцина проти кору <i>MMR or measles containing vaccine</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	

До 16 років:

Under 16:

Чи є у вас запис про щеплення цієї дитини на сьогоднішній день?

Do you have a record of this child's vaccination to date?

Гепатит В <i>Hepatitis B</i>	Доза 1 ☐ <i>Dose 1</i>	Доза 2 ☐ <i>Dose 2</i>	Доза 3 ☐ <i>Dose 3</i>			
БЦЖ <i>BCG</i>	Доза 1 ☐ <i>Dose 1</i>					
Кір, свинка і краснуха (MMR) <i>MMR</i>	Доза 1 ☐ <i>Dose 1</i>	Доза 2 ☐ <i>Dose 2</i>				
Дифтерія/правець <i>Diphtheria/Tetanus</i>	Доза 1 ☐ <i>Dose 1</i>	Доза 2 ☐ <i>Dose 2</i>	Доза 3 ☐ <i>Dose 3</i>	Доза 4 ☐ <i>Dose 4</i>	Доза 5 ☐ <i>Dose 5</i>	Доза 6 ☐ <i>Dose 6</i>
Коклюш <i>Whooping Cough</i>	Доза 1 ☐ <i>Dose 1</i>	Доза 2 ☐ <i>Dose 2</i>	Доза 3 ☐ <i>Dose 3</i>	Доза 4 ☐ <i>Dose 4</i>		
Поліомієліт <i>Poliomyelitis</i>	Доза 1 ☐ <i>Dose 1</i>	Доза 2 ☐ <i>Dose 2</i>	Доза 3 ☐ <i>Dose 3</i>	Доза 4 ☐ <i>Dose 4</i>	Доза 5 ☐ <i>Dose 5</i>	Доза 6 ☐ <i>Dose 6</i>
Гемофильный грипп В <i>Haemophilus Influenza B</i>	Доза 1 ☐ <i>Dose 1</i>	Доза 2 ☐ <i>Dose 2</i>	Доза 3 ☐ <i>Dose 3</i>			

Примітка: Дітей, які приїжджають до Великобританії, слід вакцинувати згідно з графіком Великобританії, а також знадобиться відповідний вік графіків пізніх учасників / імунізація підтягування; напр. Вакцини проти менінгококу В і С, вакцинація проти ротавірусу, вакцини проти пневмококів, прискорювач грипу гемофілу та вакцини проти грипу.

Note: Children coming into the UK should be vaccinated according to the UK schedule and will also need the age appropriate late entrants schedules / catch-up immunisation; e.g. Meningococcal B and C vaccines, Rotavirus vaccination, Pneumococcal vaccines, Haemophilus influenza booster and Influenza vaccines.

Completed by (BLOCK CAPITALS):	Signature	Role	Date

Частина 4: Клінічна / сестринська оцінка*Part 4: Clinical / Nursing Assessment***Чи є які-небудь з наступних станів?***Are any of the following conditions present?*

Гостре нездужання (наприклад, лихоманка, респіраторні захворювання, діарея, висип, рана) <i>Is acutely unwell (e.g. fever, respiratory, diarrhoeal, rash, wound)</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>
Вагітна або знаходиться в післяпологовому періоді < 3 місяців <i>Is currently pregnant or < 3 months postpartum</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>
Регулярно відвідує сімейного лікаря, громадські служби, амбулаторні служби лікарень в Україні <i>Regularly attends family doctor, community services, hospital out-patient services in Ukraine</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	Якщо так, направте до терапевта Відмітьте нижче, для чого <i>If Yes refer to GP Note below for what</i>
Новонароджений < 3 місяців <i>Newborn < 3 months</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>
Відома історія фізичної інвалідності <i>Known history of a physical disability</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	Якщо так, направте у службу допомоги інвалідам <i>If Yes refer to disability service</i>
Відома історія розумової відсталості <i>Known history of an intellectual disability</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	Якщо так, направте в службу допомоги інвалідам <i>If Yes refer to disability service</i>
Відома історія психічних розладів <i>Known history of a mental health disorder</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>
Відома історія серцево-судинних захворювань Хвороба серця, Інсульт <i>Known history of cardiovascular disease</i> <i>Heart Disease</i> <i>Stroke</i>	Ta ☐ Hi ☐ <i>Yes No</i>	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>

Відома історія цукрового діабету Діабет I типу Діабет II типу <i>Known history of Diabetes Mellitus</i> <i>Type I Diabetes</i> <i>Type II Diabetes</i>	Ta ☐ Hi ☐ Yes No	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>
Відома історія хронічних захворювань дихальних шляхів, таких як астма або Хронічна обструктивна хвороба легень (COPD) <i>Known history of Chronic respiratory disease such as asthma or COPD</i>	Ta ☐ Hi ☐ Yes No	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>
Відома історія онкологічних захворювань <i>Known history of Cancer</i>	Ta ☐ Hi ☐ Yes No	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>
Відома історія Туберкульозу/ВІЛ/гепатиту В/гепатиту С <i>Known history of TB/HIV/hepatitis B/hepatitis C</i>	Ta ☐ Hi ☐ Yes No	Якщо так, направте до терапевта <i>If Yes refer to GP</i>
Курець в даний час <i>Current smoker</i>	Так ☐ Ні ☐ Yes No	
Відома історія вживання наркотиків внутрішньовенно <i>Known history of IV drug use</i>	Ta ☐ Hi ☐ Yes No	Якщо так, проведіть тест на віруси, що передаються через кров, і направте в наркологічну службу <i>If yes, test for blood borne viruses and refer to drug services</i>
З ослабленим імунітетом <i>Immunocompromised</i> https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/coronavirus-vaccination/coronavirus-vaccine-people-with-severely-weakened-immune-system/	Ta ☐ Hi ☐ Yes No	Якщо так, запропонуйте вакцину COVID-19 і направте до терапевта <i>If Yes offer COVID-19 vaccine and refer to GP</i>

Нотатки медсестри:

Nursing Notes:

Completed by (BLOCK CAPITALS):	Signature	Role	Date
--------------------------------	-----------	------	------

Частина 5: Тестування
Part 5: Testing

Чи був у вас COVID-19 протягом останніх 3 місяців? Так ☐ Ні ☐ Не знаю ☐
Have you had COVID-19 in the last 3 months? Yes No Don't know

Тест на COVID виявлено Так ☐ Ні ☐
COVID test indicated Yes No

Тест на COVID-19 завершено: Так ☐ Ні ☐
COVID-19 Test completed: Yes No

Тип тесту Антиген ☐ ПЛР ☐
Type of test Antigen PCR

Completed by (BLOCK CAPITALS):	Signature	Role	Date
--------------------------------	-----------	------	------

Частина 6: Клініка вакцинації
Part 6: Vaccination Clinic

COVID-19 Вакцинація зроблена сьогодні? Так ☐ Ні ☐
COVID-19 Vaccination given today? Yes No

Якщо ні, вкажіть причину:
If no, give reason:

Вже повністю вакцинований ☐
Already fully vaccinated

Відкладена через недавнє зараження COVID-19 ☐
Deferred because of recent COVID-19 infection

Completed by (BLOCK CAPITALS):	Signature	Role	Date
--------------------------------	-----------	------	------