**PHIẾU ĐIỀU TRA KHI NHẬP VIỆN**
*Dành cho người bệnh và gia đình*

Phiếu điều tra này nhằm hỗ trợ cho công tác chăm sóc và điều trị thông qua việc hiểu rõ tình trạng của người bệnh trước khi nhập viện. Xin vui lòng điền thông tin vào phiếu và đưa cho điều dưỡng của khoa mà ông/bà nhập viện. Phiếu điều tra sẽ không sử dụng cho bất kì mục đích nào ngoài việc cung cấp thông tin cho điều trị. Kính mong sự hợp tác của quí bệnh nhân và gia đình.

1.Họ và tên: ( ) Nghề nghiệp: ( ）

 Chiều cao: ( cm) Cân nặng: ( Kg)

2.Liên lạc khẩn cấp (vui lòng ghi 2 địa chỉ có khả năng liên lạc được 24/24)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Họ tên:

  | Quan hệ: | Số điện thoại:  |
| 1. Họ tên:
 | Quan hệ :  | Số điện thoại:  |

 3.Ghi tên người thân đứng ra tiếp nhận các giải thích về trị liệu-nhập viện:

 4. Tiền sử gia đình

|  |
| --- |
| 1. Thông tin về bố mẹ anh chị em, con cái

. Bố □có □ không Số tuổi: ( ) tuổi □Đã mất (Lý　do: ) . Mẹ □có □ không Số tuổi:( ) tuổi □Đã mất (Lý o: ) . Anh chị em □có □ không Số tuổi:( ) tuổi . Con cái □có □ không Số tuổi:( ) tuổi 1. Thông tin về Vợ / Chồng, người sống chung

. Vợ / Chồng □có □không Số tuổi:( )tuổi Ghi lưu ý đặc biệt nếu có: Họ tên chồng / Vợ: ( ) . Người sống chung: Sống chung với:  (Ví dụ: Chồng và vợ chồng con thứ 2)1. Vai trò, chức vụ trong gia đình:

(Ví dụ: chủ gia đình) |

5.Trong lần nhập viện này, có những triệu chứng như thế nào và từ bao giờ?

Hãy tóm tắt và ghi các triệu chứng.

6.Có dị ứng với đồ ăn hay bất kì loại thuốc nào hay không?

・Dị ứng đồ ăn □Có（Hãy ghi cụ thể: ）□Không

・Dị ứng thuốc□ Có（ Hãy ghi cụ thể: ）□Không

・Ngoài ra ghi cụ thể các dị ứng khác:( ）

7.Đã từng nhập viện hay chưa, đang điều trị bệnh gì không?

□Có〈Ví dụ: năm 14 tuổi nhập viện phẫu thuật ruột thừa. Từ năm 56 tuổi đến nay đang uống thuốc điều trị cao huyết áp 〉

〈 〉

□ Không

８ Về thói quen và lối sống

① Thuốc lá □ Không hút

 □Có hút（Từ …. Tuổi, một ngày … điếu）

 　　 □ Đã từng hút Từ ..... tuổi đến ..… tuổi, một ngày hút…..điếu）

② Rượu, bia □Không uống

　　　　　　　 　□Uống

Tần suất uống rượu bia cụ thể?

□Uống hàng ngày

□Tuần uống 2-3lần

□Chỉ thi thoảng mới uống vào các dịp đặc biệt

Cụ thể: Loại đồ uống: ( ）; Lượng uống: ( ）

9.Hỏi về thuốc

①Ông/bà có hiểu về những thuốc mình đang uống hay không? □ Có □Không

②Câu hỏi về việc quản lý thuốc

□ Ông/bà có thể quản lý thuốc của mình không? ( duy trì uống thuốc đúng theo chỉ dẫn,

không quên uống thuốc)

□Tự quản lý thuốc nhưng thi thoảng có lúc quên uống thuốc.

□Gia đình quản lý thuốc giúp

③Đang sử dụng thuốc được kê đơn từ bệnh viện khác

 □ Có □ Không

④Đang uống thuốc tự mua

 □ Có Tên thuốc ……………

 □Không

10.Câu hỏi liên quan đến lần nhập viện này

① Ông/Bà được bác sĩ giải thích như thế nào về căn bệnh và quá trình điều trị?

②Ngày tiến hành giải thích, tên người cùng tham gia nghe giải thích（ ）

③ÔNg/Bà đã hiểu rõ về bệnh và vấn đề nhập viện hay chưa?

□Có □Chưa（Lí do： ）

④Ông/Bà có lo lắng hay phiền muộn gì liên quan đến vấn đề nhập viện và tiếp nhận điều trị

hay không?

□Có Vui lòng hãy viết cụ thể:

 □Không

11.Câu hỏi liên quan đến cuộc sống,sinh hoạt.

①Nhịp sinh hoạt:　 □Cố định □ Không cố định

②Về vấn đề ăn uống:

・Số bữa ăn（ ） bữa／ Ngày ・Bữa ăn nhẹ：□Có □Không

・Sự kén chọn đồ ăn: □Có □Không

・Cảm giác thèm ăn: □Có □Không

・Về uống nước: □Có thể uống □Không thể uống

・Về việc sử dụng răng giả: □Có (□toàn bộ □hàm trên □hàm dưới □một phần)

 □Không

・Khả năng ăn uống qua miệng:

|  |
| --- |
| □Có thể ăn□Không thể ăn□Có ống sonde dẫn lưu đường ruột □Có ống sonde dẫn lưu dạ dày □hấp thụ dinh dưỡng qua đường truyền dịch |

③Về vấn đề bài tiết

・Số lần đi đại tiện：（ ）Lần／Ngày

・Đại tiện không tự chủ：□Có □Không

・Sử dụng thuốc nhuận tràng)：□Có □Không

・Sử dụng bỉm：□Có □Không

・Số lần đi tiểu tiện（ ）Lần／Ngày

・Số lần đi tiểu vào ban đêm（ ）Lần

・Tiểu tiện không tự chủ：□Có □Không

・Ra mồ hôi：□Nhiều □ Bình thường □Ít

・Hậu môn nhân tạo:□Có □Không

・Dẫn lưu đài bể thận qua da：□Có □Không

④Về vấn đề hoạt động và nghỉ ngơi:

|  |
| --- |
| ・Thời gian ngủ:（ ）tiếng. Giờ đi ngủ: ( ) giờ・Cảm giác ngủ sâu giấc: □Có □Không・Mất ngủ:□Có □Không・Sử dụng thuốc ngủ: □Có □Không・Trở ngại hoặc rối loạn về vận　 động: □Có □Không・Sử dụng thiết bị hỗ trợ: □Có □Không  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bộ phận gặp trở ngại：  |  |  |
| ・Gần đây có bị ngã không： | □Có　 □Không |  |
| ・Sở thích：□Có □Không |  |  |

12.Về sinh lý, tình dục.

①Bệnh về cơ quan sinh sản：□Có □Không

②Có muốn được tư vấn về tình dục?

　　□Có　□Không

１３ Về vấn đề tôn giáo, tín ngưỡng.

①Nhập viện điều trị có ảnh hưởng đến đến tôn giáo đang theo không? □Có 　□Không

 ②Hạn chế về trị liệu theo tôn giáo đang theo

□Có Ghi cụthể:

　　 □Không

14.Về kinh tế hiện tại

①Khó khăn về tài chính và vấn đề phí nhập viện

□Có □ Không

15.Câu hỏi liên quan đến vấn đề hợp tác y tế khu vực.

①Thông tin phòng khám hoặc Bệnh viện đang phụ trách điều trị, theo dõi định kỳ.

Tên cơ sở y tế

Đợn thuốc được kê tại đó：□Có □Không

Tên cơ sở y tế

Đợn thuốc được kê tại đó: □Có □Không

Tên cơ sở y tế

Đợn thuốc được kê tại đó:□Có □Không

※Trường hợp có đơn thuốc vui lòng mang theo khi nhập viện

②Ông/Bà có tiếp nhận khám chữa trị tại bệnh viện cố định gần nhà không

 □Có □Không

③Thông tin về chứng nhận mức độ hỗ trợ chăm sóc của bảo hiểm người già

□Có □Không □Đang đăng kí chờ xét duyệt.

・Đối với Ông/Bà chọn có giấy chứng mức độ cần chăm sóc thuốc cấp độ nào?

□ Mức hỗ trợ cấp độ 1

□Mức hỗ trợ cấp độ 2

□Mức cần thiết chăm sóc độ (１・２・３・４・５）

④Sổ chứng nhận người khuyết tật：□Có □Không

・Đối với Ông/Bà chọn có)： Loại sổ (Cấp độ...........）

⑤Người chăm sóc chính) Ông/ Bà ,( )Tuổi,

|  |
| --- |
| * Gánh nặng về chăm sóc：□Có □Không
* Quan hệ: □Vợ/chồng □Con □Mẹ ruột □Bố ruột

□Anh em □Bạn thân □Quan hệ khác：（　　　　　　　　　）* Người hỗ trợ chăm sóc □Có □Không
* Những lo lắng về vấn đề nhập viện:□Có □Không
* Nhà ở hiện tại:

Hiện đang sống tại □Nhà tập thể □Nhà 1 căn Nhà ở có thang máy không? □có □Không có. Trong nhà có các bậc thang không? □ Có □ Không |

⑥Khi nhập viện ông/Bà có sống trong cơ sở chăm sóc nào không: □Có □Không

・Đối với Ông/Bà chọn có: Ghi tên cơ sở chăm sóc

⑦Dịch vụ chăm sóc tại nhà đang sử dụng hiện tại：

□Có □Không

・Đối với Ông/Bà chọn có, vui lòng đánh dấu vào các mục bên dưới

□ Bác sĩ khám và chăm sóc tại nhà（1 Tháng Lần）, Tên bệnh viện: ( ）

□Chăm sóc điều dưỡng tại nhà

 　　　　　　　　　　(Một tháng: lần）

（Tên cơ sở cung cấp dịch vụ: ）

□ Dịch vụ chăm sóc tại nhà（ Lần/Tuần）, Nội dung cần chăm sóc：

□Vật lí trị liệu tại nhà

□Dịch vụ chăm sóc theo ngày（ Lần /Tuần）

□Dịch vụ chăm sóc ngắn hạn tại viện dưỡng lão（ Tuần/Tháng）

□Dịch vụ giao đồ ăn tại nhà（ Lần/Tháng）

□Thuê thiết bị hỗ trợ chăm sóc．Cụ thể：　　　　　　　　　　　）

□ Cải thiện nhà ở.　　　　 Cụ thể:

□Thông tin người phụ trách, hỗ trợ điều chỉnh kế hoạch chăm sóc

Tên: Số điện thoại liên lạc：

Rất cảm ơn sự hợp tác của quý Ông/Bà