

▪ **Hãy điền vào (thông tin của bệnh nhân):**

Bạn viết tên của bạn vào đây:	
Bạn viết địa chỉ của bạn vào đây:	
Bạn viết tuổi của bạn vào đây:	
Bạn vui lòng viết tên và số điện thoại của thân nhân của bạn mà chúng tôi có thể liên hệ trong lúc cần thiết:	

▪ **Những câu hỏi của nhân viên y tế, bệnh nhân trả lời "có", hoặc "không":**

	có	không
1. Bạn đau gì không?		
2. Bạn có bị đau cấp tính không?		
3. Bạn có bị đau mãn tính không?		
4. Bạn có bị ngứa xỉu không?		
5. Bạn có bị khó thở không?		
6. Bạn có bị chảy máu không?		
7. Bạn có đau đầu không?		
8. Bạn có đau dạ dày không?		
9. Bạn có bị tiêu chảy không?		
10. Bạn có bị táo bón không?		
11. Bạn có bị nôn mửa không?		
12. Bạn có bị huyết áp cao không?		
13. Bạn có bao giờ bị phẫu thuật không?		
14. Bạn có vấn đề với tim không?		

	có	không
15. Bạn có bị bệnh tiểu đường không?		
16. Bạn có bị bệnh động kinh không?		
17. Bạn có bị bệnh hen suyễn không?		
18. Bạn có uống thuốc gì không?		
19. Bạn có bị dị ứng gì không?		
20. Bạn có mang thai không?		

▪ **Sự giải thích (của nhân viên y tế):**

1. Bây giờ tôi khám cho bạn.
2. Tôi sẽ đo huyết áp cho bạn.
3. Tôi sẽ nghe tim và phổi bạn.
4. Tôi khám tim của bạn.
5. Tôi sẽ tiêm cho bạn.
6. Tôi sẽ viết đơn thuốc cho bạn.
7. Tôi sẽ cho bạn đăng ký đi xét nghiệm máu.
8. Tôi sẽ đăng ký cho bạn đi xét nghiệm nước tiểu.
9. Tôi sẽ cho bạn đăng ký đi chụp X quang.
10. Bạn phải ở lại bệnh viện.

▪ Chỉ dẫn (của nhân viên y tế)

1. Bạn hãy mở miệng và nói dài "aaa".
2. Bạn hãy cởi toàn bộ áo.
3. Bạn hãy cởi toàn bộ quần.
4. Bạn hãy nằm xuống giường.
5. Bạn hãy thở hít sâu vào và ngừng thở một lúc.
6. Bạn hãy thở bình thường.
7. Bạn đừng ăn gì.
8. Bạn đừng uống gì.

CẢM ƠN!



Số dự án Medice: 2018 - 1 IS01-KA204-038799