

Đánh Giá Sức Khỏe WISEWOMAN

Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây về tiền sử sức khỏe, dinh dưỡng và thói quen hoạt động thể chất của quý vị. Thông tin mà quý vị cung cấp sẽ giúp quý vị và bác sĩ của quý vị xác định liệu lối sống của quý vị có khiến quý vị có nguy cơ phát triển bệnh tim hay không. Thông tin đó cũng sẽ được sử dụng để tạo kế hoạch hành động thực hiện những thay đổi nhỏ trong cuộc sống của quý vị để giúp giảm thiểu nguy cơ phát triển bệnh tim của quý vị.

Tiền Sử Sức Khỏe	<p>1. Quý vị có bất kỳ tình trạng nào sau đây không?</p> <p>a. Huyết áp cao (cao huyết áp): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>b. Cholesterol cao: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>c. Tiểu đường (loại 1 hoặc 2): <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>d. Tiền sử gia đình về bệnh tim mạch: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
Huyết áp	<p>Nếu quý vị trả lời <u>có</u> cho việc đã được chẩn đoán cao huyết áp:</p> <p>1. Quý vị đã từng được kê toa thuốc để giảm huyết áp của mình?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>a. Nếu quý vị trả lời có cho câu hỏi #1, trong vòng 7 ngày qua, quý vị đã sử dụng thuốc theo toa để giảm huyết áp của mình trong bao nhiêu ngày?</p> <p>_____ Số ngày <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không áp dụng <input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn</p> <p><input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>b. Nếu quý vị trả lời có cho câu hỏi #1, quý vị đã từng được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nguồn lực cộng đồng khác đo lại huyết áp sau khi được kê toa thuốc không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có (Ngày đo: __/__/__) <input type="checkbox"/> Không</p> <p>2. Quý vị có đo huyết áp của quý vị tại nhà hoặc sử dụng các nguồn lực hiệu chuẩn khác không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không, chưa bao giờ được yêu cầu đo huyết áp</p> <p><input type="checkbox"/> Không, không biết cách đo huyết áp <input type="checkbox"/> Không, không có thiết bị để đo huyết áp</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>a. Nếu quý vị trả lời có cho câu hỏi #2, tần suất quý vị đo huyết áp của quý vị tại nhà hoặc sử dụng các nguồn lực hiệu chuẩn khác?</p> <p><input type="checkbox"/> Vài lần một ngày <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Vài lần một tuần <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>b. Quý vị có thường xuyên chia sẻ số đo huyết áp với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để nhận ý kiến phản hồi không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
Cholesterol	<p>Nếu quý vị trả lời <u>có</u> cho việc đã được chẩn đoán cholesterol cao:</p> <p>1. Quý vị đã được kê toa thuốc (Statin) để làm giảm lượng cholesterol của quý vị?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>2. Quý vị đã được kê toa thuốc (khác Statin) để làm giảm lượng cholesterol của quý vị?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>3. Trong vòng 7 ngày qua, quý vị đã sử dụng thuốc theo toa để giảm lượng cholesterol của mình trong bao nhiêu ngày? _____ Số ngày <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không áp dụng</p> <p><input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
Tiểu đường	<p>Nếu quý vị trả lời <u>có</u> cho việc đã được chẩn đoán mắc tiểu đường (Loại 1 hoặc Loại 2):</p> <p>1. Quý vị đã được kê toa thuốc để làm giảm lượng đường trong máu của quý vị?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>a. Trong vòng 7 ngày qua, quý vị đã sử dụng thuốc theo toa để giảm lượng đường trong máu của mình trong bao nhiêu ngày? _____ Số ngày <input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Không áp dụng <input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>

<p>Tim</p>	<p>1. Quý vị có từng được nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chẩn đoán một trong những tình trạng sau không:</p> <p>a. Đột quỵ/TIA <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>b. Đau tim <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>c. Bệnh động mạch vành <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>d. Suy tim <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>e. Bệnh mạch máu <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>f. Bệnh tim/khuyết tật bẩm sinh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>2. Quý vị có sử dụng aspirin hàng ngày để giúp ngăn ngừa đau tim hoặc đột quỵ không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời
<p>Dinh dưỡng</p>	<p>1. Trung bình một ngày quý vị ăn bao nhiêu ly trái cây và rau củ?</p> <p>_____ Số ly <input type="checkbox"/> Không ăn <input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>2. Quý vị có ăn cá ít nhất hai lần một tuần không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <p>3. Khi nghĩ về tất cả các phần sản phẩm ngũ cốc mà quý vị ăn trong một ngày bình thường, bao nhiêu phần là ngũ cốc nguyên hạt? <input type="checkbox"/> Ít hơn một nửa <input type="checkbox"/> Khoảng một nửa <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một nửa</p> <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <p>4. Quý vị có uống ít hơn 36 ounce (450 calo) đồ uống có cồn mỗi tuần không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <p>5. Quý vị hiện có đang giám sát hoặc giảm lượng tiêu thụ natri hoặc muối của mình không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <p>6. Trong vòng 7 ngày qua, quý vị uống đồ uống có cồn bao nhiêu lần?</p> <p>_____ Số ngày <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p> <p>7. Trung bình một ngày, quý vị uống bao nhiêu đồ uống có cồn?</p> <p>_____ Số đồ uống <input type="checkbox"/> Không uống <input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
<p>Hoạt động thể chất</p>	<p>1. Quý vị hoạt động thể chất (thể dục) bao nhiêu phút một tuần?</p> <p>_____ Số phút <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết/Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời</p>
<p>Khác</p>	<p>1. Quý vị có hút thuốc không? Bao gồm thuốc lá, ống điếu, xì gà hoặc thuốc lá điện tử (thuốc hút dưới bất kỳ hình thức nào)</p> <input type="checkbox"/> Hiện đang hút thuốc <input type="checkbox"/> Đã bỏ thuốc (1-12 tháng trước) <input type="checkbox"/> Đã bỏ thuốc (hơn 12 tháng trước) <input type="checkbox"/> Chưa từng hút thuốc <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <p>2. Trong vòng 2 tuần qua, tần suất quý vị:</p> <p>a. Ít hứng thú hoặc vui thích trong hoạt động?</p> <input type="checkbox"/> Không lần nào <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một nửa thời gian <input type="checkbox"/> Gần như mỗi ngày <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <p>b. Cảm thấy chán nản, trầm cảm hoặc vô vọng?</p> <input type="checkbox"/> Không lần nào <input type="checkbox"/> Một vài ngày <input type="checkbox"/> Nhiều hơn một nửa thời gian <input type="checkbox"/> Gần như mỗi ngày <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời <p>3. Trong vòng 12 tháng qua, tôi lo lắng về việc đồ ăn của tôi sẽ hết trước khi tôi có tiền để mua thêm. <input type="checkbox"/> Thường xuyên đúng <input type="checkbox"/> Đôi khi đúng <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ đúng</p> <input type="checkbox"/> Không biết/Không muốn trả lời <p>4. Trong vòng 12 tháng qua, đồ ăn mà chúng tôi mua không đủ dùng và chúng tôi không có tiền để mua thêm. <input type="checkbox"/> Thường xuyên đúng <input type="checkbox"/> Đôi khi đúng <input type="checkbox"/> Chưa bao giờ đúng</p> <input type="checkbox"/> Không biết/Không muốn trả lời