

Ứng Thuận Kiểm Tra Sức Khỏe

Mô tả chương trình

Chương trình **Well-Integrated Screening and Evaluation for WOMen Across the Nation** (tạm dịch Chương trình Hợp nhất Kiểm tra và Đánh giá Sức khỏe Phụ nữ Toàn Quốc, viết tắt WISEWOMAN (Phụ Nữ Thông Minh)) là một nỗ lực chung của các chuyên viên chăm sóc sức khỏe, của Louisiana Department of Health's Bureau of Chronic Disease Prevention and Healthcare Access (Văn phòng đặc trách Ngăn Ngừa Bệnh Kinh Niên và Tiếp Cận Việc Chăm Sóc Sức Khỏe của Bộ Y Tế tiểu bang Louisiana "gọi tắt Well-Ahead Louisiana") và Centers for Disease Control and Prevention (Trung Tâm Kiểm Soát và Ngăn Ngừa Bệnh Tật, viết tắt CDC) để giúp phụ nữ hiểu và giảm nguy cơ mắc bệnh tim của họ.

WISEWOMAN quảng bá lối sống lành mạnh lâu dài tốt cho sức khỏe tim mạch và giáo dục về huyết áp, mỡ trong máu (cholesterol), bệnh tiểu đường, chỉ số cân nặng cơ thể (BMI) và hút thuốc lá. Kiểm tra WISEWOMAN bao gồm kiểm tra huyết áp và xét nghiệm đường huyết và mỡ trong máu. Chương trình WISEWOMAN phục vụ phụ nữ lợi tức thấp, không có bảo hiểm y tế và bảo hiểm không đầy đủ, tuổi từ 40 đến 64.

Ứng Thuận Tiết Lộ Thông Tin

Tôi ưng thuận cho phép các chuyên viên y khoa của tôi, các cơ sở y tế, bệnh viện, chương trình bảo hiểm sức khỏe, và chương trình WISEWOMAN, được quyền cung cấp cho nhau thông tin về việc chăm sóc sức khỏe, bệnh tim mạch và việc sàng lọc yếu tố rủi ro và các dịch vụ giảm thiểu rủi ro đột quy của tôi, nếu tôi chọn nhận dịch vụ hay bất cứ sự chăm sóc y khoa nào có liên quan thông qua WISEWOMAN. Tôi hiểu tôi phải tái ghi danh hàng năm để được tiếp tục phục vụ.

Tôi sẽ tuân theo các yêu cầu của chương trình WISEWOMAN bằng cách cung cấp giấy tờ cho việc theo dõi tiếp theo như được yêu cầu bởi nhân viên của chương trình và sẽ hoàn tất các cuộc hẹn theo dõi tiếp theo như được vạch ra trong cuộc hẹn y khoa WISEWOMAN đầu tiên của tôi.

Bất cứ thông tin nào được tiết lộ cho chương trình WISEWOMAN sẽ được giữ bí mật ngoại trừ theo như được ghi trong mẫu ưng thuận này. Thông tin sẽ có sẵn cho tôi, cho nhân viên có liên quan trong chương trình WISEWOMAN, và cho Well-Ahead Louisiana (cơ quan tài trợ cho WISEWOMAN). Thông tin sẽ được sử dụng để đáp ứng các mục đích của chương trình như được mô tả bên trên. Các báo cáo và dữ liệu công bố có từ các chương trình sẽ được gửi cho các cơ quan tài trợ của liên bang và không nhận dạng bất cứ khách hàng nào bằng tên họ.

Tôi hiểu việc tham gia trong các chương trình này là tự nguyện và tôi có thể rút ra khỏi WISEWOMAN và rút lại sự ưng thuận tiết lộ thông tin bất cứ lúc nào. Nếu tôi được kiểm tra và biết có bệnh tim mạch, nhân viên của WISEWOMAN sẽ giúp tôi tìm các nguồn trợ giúp điều trị cho dù tôi có khả năng trả tiền hay không. Tôi hiểu tôi sẽ được yêu cầu cho sự ưng thuận để điều trị và cung cấp các thông tin khác theo yêu cầu.

Bảo mật: Bộ Y Tế tiểu bang Louisiana, Văn phòng Y Tế Công Cộng, Văn phòng Ngăn Ngừa Bệnh Kinh Niên và Tiếp Cận Việc Chăm Sóc Sức Khỏe triệt để tôn trọng luật lệ hiện hành liên quan đến việc bảo mật các dịch vụ y tế nói chung và cụ thể khi chúng có liên quan đến các dịch vụ về ngăn ngừa. Tất cả các hồ sơ y khoa và sức khỏe tâm thần đều được bảo mật và được giữ gìn theo chỉ thị của Luật về Sự Khả Chuyển và Ý Thức Trách Nhiệm trong Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, viết tắt HIPAA).

Số NPI của cơ quan cung cấp dịch vụ: _____ Ngày chính thức đến văn phòng: _____

Khi cung cấp số điện thoại di động của tôi cho Well-Ahead Louisiana (Sở Y Tế Công Cộng Louisiana, WISEWOMAN, cơ sở, nhân viên kiểm tra sức khỏe của WISEWOMAN), "Well-Ahead", tôi đồng ý và xác nhận rằng Well-Ahead và/hay (các) cơ quan được hợp đồng để cung cấp dịch vụ cho chương trình có thể gửi các tin nhắn vào số điện thoại di động của tôi cho bất cứ mục đích nào, bao gồm các cuộc nhắc hẹn, gửi các mẹo vật sức khỏe và thông tin cụ thể cho (các) tình trạng sức khỏe của tôi. Tôi xác nhận rằng sự ưng thuận này có thể được rút lại theo sự yêu cầu của tôi nhưng cho đến khi mà sự ưng thuận đó được hủy bỏ, tôi có thể vẫn nhận các tin nhắn từ Well-Ahead gửi vào số điện thoại di động của tôi. Tôi hiểu rằng có thể phải trả tiền cho các tin nhắn và việc nhận dữ liệu có thể bị tính phí.

Tôi hiểu các rủi ro liên hệ đến việc liên lạc bằng email giữa tôi và Well-Ahead và với bất cứ (các) cơ quan nào được hợp đồng để cung cấp dịch vụ. Tôi đã được giải đáp mọi thắc mắc. Nếu tôi cung cấp địa chỉ email của tôi dưới đây, tôi hiểu các rủi ro, và cho sự ưng thuận của mình cho cơ sở kiểm tra sức khỏe WISEWOMAN, Sở Y Tế Công Cộng bang Louisiana hay (các) cơ quan được hợp đồng để cung cấp dịch vụ nhằm liên lạc với tôi bằng email liên quan đến thông tin sức khỏe được bảo mật của tôi.

KHI KÝ MẪU ỨNG THUẬN NÀY, TÔI ĐỒNG Ý CHO PHÉP CÁC DỊCH VỤ SAU ĐÂY ĐƯỢC TIẾN HÀNH BỞI BÁC SĨ Y KHOA CÓ BẰNG HÀNH NGHỀ, Y TÁ ĐIỀU TRI, Y TÁ, HAY CHUYÊN VIÊN CHỈ DẪN CỦA CHW/CỦA CƠ SỞ Y TẾ:

- kiểm tra đường huyết • kiểm tra huyết áp • kiểm tra các mức mỡ trong máu (HDL, LDL & toàn bộ cholesterol) •

Nếu tôi cố tình cung cấp sai lạc thông tin dùng để xác định việc hội đủ điều kiện của mình, tôi hiểu tôi sẽ phải chịu trách nhiệm trả tiền các chi phí.

Tôi hiểu thông tin trong mẫu này. Tôi cho phép nhân viên cơ sở WISEWOMAN thực hiện các cuộc kiểm tra y khoa căn bản như được nêu trên. Tôi cũng hiểu rằng thông tin cá nhân của tôi sẽ được giữ bí mật và sẽ không được chia sẻ với bất cứ ai không có liên quan trực tiếp với chương trình Well-Ahead WISEWOMAN.

Người tham dự ký tên

Ngày

Ghi tên của người tham dự

Ngày

Chữ ký của nhân viên WISEWOMAN tại cơ sở kiểm tra

Ngày

Chữ ký của phiên dịch viên (nếu có sử dụng phiên dịch)

Ngày

Ứng thuận này có thể rút lại hay được điều chỉnh bất cứ lúc nào bằng văn bản gửi cho các cơ quan được đề cập bên trên.
Một bản sao của tài liệu này sẽ được trao cho những người tham dự khi có yêu cầu.

Mới đối với WISEWOMAN? Có Không Ngày đầu tiên đến cơ sở: _____



ID của tham dự viên (15): 3 0 0 0 0 _____

Ghi danh với chương trình WISEWOMAN

Họ:	Tên:	Chữ tắt tên lót:	Cho phép xét nghiệm: <input type="checkbox"/> Đường huyết/A1C <input type="checkbox"/> Lipid Panel (Mỡ trong máu) <input type="checkbox"/> Tư vấn/Dịch Vụ Giảm Rủi Ro
Địa chỉ			Cuộc hẹn theo dõi tiếp theo: Ngày: Cuộc hẹn để:
Thành phố	Tiểu bang LA	Mã bưu chính	Ngày tháng năm sinh của bệnh nhân:
Số điện thoại chính: _____ Đồng ý cho để lại tin nhắn? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Thời gian tốt nhất để gọi: _____ <input type="checkbox"/> sáng <input type="checkbox"/> chiều tối			
Địa chỉ email:			
Tên những người trong gia đình:			Lợi tức gia đình:
Ngôn ngữ chính <input type="checkbox"/> Anh <input type="checkbox"/> Tây ban nha <input type="checkbox"/> Ả rập <input type="checkbox"/> Trung Hoa <input type="checkbox"/> Pháp <input type="checkbox"/> Ý <input type="checkbox"/> Nhật <input type="checkbox"/> Đại Hàn <input type="checkbox"/> Ba Lan <input type="checkbox"/> Nga <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> tiếng Việt <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Bồ Đào Nha <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Khác (Co biết cụ thể): _____ Bạn có cần thông dịch viên? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Trình độ học vấn cao nhất bạn đã hoàn tất? <input type="checkbox"/> Thấp hơn lớp 9 (không có trung học) <input type="checkbox"/> Vài năm trung học <input type="checkbox"/> Tốt nghiệp trung học hay tương đương <input type="checkbox"/> Một vài năm đại học hay cao hơn	
Sắc dân (Đánh dấu một ô hay nhiều hơn một ô) <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người da đen/Người Mỹ da đen <input type="checkbox"/> Da đỏ Châu Mỹ hay thổ dân Alaska (cho biết cụ thể bộ lạc: _____) <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Thổ dân Hạ Uy Di hay người thuộc các đảo Thái Bình Dương (cho biết cụ thể bộ lạc: _____) <input type="checkbox"/> Không biết			
Người La Tinh hay người gốc Tây Ban Nha hoặc Bồ Đào Nha? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu bạn MỚI tham gia WISEWOMAN, làm thế nào bạn biết về chương trình này? (chỉ chọn một ô mà thôi)			
<input type="checkbox"/> Cơ sở y tế <input type="checkbox"/> Nhân viên/Tổ chức cộng đồng	<input type="checkbox"/> Bạn bè/Thân nhân <input type="checkbox"/> Tìm trên liên mạng	<input type="checkbox"/> Thư, Bích chương, Tờ bướm quảng cáo hay tập tài liệu nhỏ <input type="checkbox"/> Khác (xin cho biết cụ thể):	

Ghi danh Dịch Vụ Hỗ Trợ Hành Vi Lành Mạnh của WISEWOMAN

Các tham dự viên của WISEWOMAN được hoan nghênh tham gia MIỄN PHÍ trong nhóm hỗ trợ thay đổi cách sống tại cộng đồng của bạn. Các chương trình này được gọi là “Dịch Vụ Hỗ Trợ Hành Vi Lành Mạnh.” Chúng được thiết kế để thúc đẩy các thói quen lâu dài tốt cho sức khỏe tim mạch. Chúng tôi hiểu thay đổi thì khó và chúng tôi muốn bạn có được sự hỗ trợ và công cụ bạn cần để giúp cho những thay đổi này được dễ dàng hơn chút ít! Xin vui lòng đánh dấu một trong các ô dưới đây.

____ Là một WISEWOMAN, tôi đã được giới thiệu đến:
____ Có, là một WISEWOMAN, tôi muốn được nhân viên của WISEWOMAN liên lạc để giới thiệu cho:
____ Không, là một WISEWOMAN, tôi chưa muốn được giới thiệu vào lúc này.

Mới đối với WISEWOMAN? Có Không Ngày đầu tiên đến cơ sở: _____



ID của tham dự viên (15): 3 0 0 0 0 _____

Các rào cản hiện thời khiến không thể tham gia bao gồm: ___ thiếu thời gian ___ không có hứng thú với các chương trình được công hiến
___ không có phương tiện để đi lại ___ Khác (xin cho biết cụ thể) _____
___ Là một WISEWOMAN, tôi đã được cung cấp một tài liệu của Well-Ahead Louisiana Hướng Dẫn Các Nguồn Trợ Giúp trong Cộng Đồng để tìm các nguồn hỗ trợ tại địa phương để giúp sức khỏe được tốt!

Chữ ký của tham dự viên WISEWOMAN

Ngày

Các Biện Pháp Lâm Sàng và Giới Thiệu Dịch Vụ Hỗ Trợ Hành Vi Lành Mạnh

Chiều cao (0'0") _____ Cân nặng (lbs.) _____ Vòng bụng (inches) _____

Thông tin kiểm tra	1. Con số các chu kỳ kiểm tra của WISEWOMAN mà tham dự viên đã nhận được: _____ 2. Loại hình kiểm tra: <input type="checkbox"/> Sàng lọc <input type="checkbox"/> Tái sàng lọc <input type="checkbox"/> Đánh giá theo dõi tiếp theo-LSP/HC đã hoàn tất <input type="checkbox"/> Đánh giá theo dõi tiếp theo-LSP/HC chưa hoàn tất 3. Quỹ tài trợ nào đã được dùng để chi trả cho việc hướng dẫn tìm kiếm dịch vụ? <input type="checkbox"/> NBCCEDP <input type="checkbox"/> WISEWOMAN <input type="checkbox"/> Dịch vụ Y tế thổ dân da đỏ/quỹ của bộ lạc <input type="checkbox"/> Khác 4. Đã có bất cứ sự kiểm tra theo dõi tiếp theo nào (trong khoảng thời gian từ 3 đến nhưng không trễ hơn 11 tháng sau lần kiểm tra khởi đầu trước đây/tái kiểm tra và trong vòng từ 4 đến 6 tuần sau khi hoàn tất LSP/HC) diễn ra tại cơ sở hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Huyết áp	Ngày đo huyết áp: ____/____/____ Chỉ số huyết áp: ____/____ mm Hg Đo huyết áp lần thứ nhì (không bắt buộc): ____/____ mm Hg Báo động/Theo dõi tiếp theo mức huyết áp (huyết áp tâm thu > 180 hay huyết áp tâm trương >120): <input type="checkbox"/> Cần thiết về mặt y khoa, ngày theo dõi tiếp theo: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Không cần thiết về mặt y khoa <input type="checkbox"/> Cần thiết về mặt y khoa, nhưng từ chối <input type="checkbox"/> Tham dự viên từ chối	
Cholesterol (mỡ máu) và chất béo	Nhịn ăn (ít nhất 9 tiếng)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tổng lượng mỡ trong máu (cholesterol): _____mg/dL Cholesterol tỷ trọng cao (HDL): _____mg/dL Cholesterol tỷ trọng thấp (LDL): _____mg/dL Triglycerides: _____mg/dL Với các tham dự viên không nhịn ăn, KHÔNG dùng thuốc hạ mỡ trong máu và KHÔNG có y sử mắc bệnh mỡ máu cáo, nếu chỉ số triglyceride là >0400 mg/dL, làm lại xét nghiệm lipid máu trong vòng 30 ngày để lấy các trị số lúc nhịn ăn.	Nếu không có cholesterol, đánh dấu lý do <input type="checkbox"/> Mẫu máu lấy không đủ <input type="checkbox"/> Tham dự viên từ chối <input type="checkbox"/> Không có sự đo lường nào được ghi vào hồ sơ Nếu không có triglyceride, đánh dấu lý do <input type="checkbox"/> Tham dự viên có dùng liệu pháp thuốc hạ mỡ máu <input type="checkbox"/> Tham dự viên không có y sử bị cao mỡ máu <input type="checkbox"/> Chỉ số lấy được là >0400 mg/dL

Số NPI của cơ quan cung cấp dịch vụ: _____ Ngày chính thức đến văn phòng: _____

HgA1C/Xét nghiệm đường huyết	<p>Nhịn ăn (ít nhất 9 tiếng)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p><u>Chỉ điền một trong số các biên pháp sau đây mà thôi.</u></p> <p><u>HgA1C để theo dõi bệnh tiểu đường chỉ bởi POC:</u> HgA1C bởi POC: _____%</p> <p><u>Chỉ dành cho các tham dự viên không bị bệnh tiểu đường:</u> Đường huyết lúc đã nhịn ăn: _____mg/dL</p> <p><u>Kiểm tra bệnh tiểu đường:</u> HgA1C bằng cách lấy máu tĩnh mạch: _____%</p>	<p><u>Nếu không kiểm tra HgA1, đánh dấu lý do</u> <input type="checkbox"/> Mẫu máu lấy không đủ</p> <p><u>Nếu không xét nghiệm đường huyết lúc đã nhịn ăn, đánh dấu lý do</u> <input type="checkbox"/> Mẫu máu lấy không đủ</p>
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Giai đoạn kiểm tra (đánh dấu vào một ô)	<p><input type="checkbox"/> Giai đoạn 1 Năm 1 (09/30/2023 và 03/31/2024) <input type="checkbox"/> Giai đoạn 2 Năm 1 (04/01/2024 và 09/29/2024)</p> <p><input type="checkbox"/> Giai đoạn 1 Năm 2 (09/30/2024 và 03/31/2025) <input type="checkbox"/> Giai đoạn 2 Năm 2 (04/01/2025 và 09/29/2025)</p> <p><input type="checkbox"/> Giai đoạn 1 Năm 3 (09/30/2025 và 03/31/2026) <input type="checkbox"/> Giai đoạn 2 Năm 3 (04/01/2026 và 09/29/2026)</p> <p><input type="checkbox"/> Giai đoạn 1 Năm 4 (09/30/2026 và 03/31/2027) <input type="checkbox"/> Giai đoạn 2 Năm 4 (04/01/2027 và 09/29/2027)</p> <p><input type="checkbox"/> Giai đoạn 1 Năm 5 (09/30/2027 và 03/31/2028) <input type="checkbox"/> Giai đoạn 2 Năm 5 (04/01/2028 và 09/29/2028)</p>
Tư vấn giảm rủi ro	<p>1. Tham dự viên đã hoàn tất sự tư vấn giảm rủi ro? <input type="checkbox"/> Có, ngày hoàn tất: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Không, tham dự viên từ chối được liên lạc bởi chương trình <input type="checkbox"/> Không, tham dự viên đã không trả lời sau ba lần cố gắng liên lạc</p> <p>2. Bạn đã có thảo luận các yếu tố rủi ro mắc bệnh tim mạch (CVD)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>3. Bạn đã có thảo luận vai trò của việc dinh dưỡng và hoạt động thể lực hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>4. Bạn đã có đề cập đến việc tuân thủ dùng đúng thuốc được kê toa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
Chương trình lối sống lành mạnh/ Hướng dẫn sức khỏe	<p>1. Tham dự viên đã có được giới thiệu đến một chương trình lối sống lành mạnh hay chỉ dẫn về sức khỏe hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Ngày giới thiệu: ____/____/____ Tên của chương trình: _____</p> <p>Mã số chương trình: _____</p> <p><u>Các chương trình khác đã được giới thiệu thêm:</u></p> <p>Ngày giới thiệu: ____/____/____ Tên của chương trình: _____</p> <p>Mã số chương trình: _____</p> <p>Ngày giới thiệu: ____/____/____ Tên của chương trình: _____</p> <p>Mã số chương trình: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không có</p> <p>2. Bao nhiêu chương trình lối sống lành mạnh hay các buổi hướng dẫn sức khỏe mà tham dự viên đã nhận được trong thời gian chu kỳ kiểm tra hiện thời? _____ buổi</p>

Số NPI của cơ quan cung cấp dịch vụ: _____ Ngày chính thức đến văn phòng: _____

	<p>3. Xin liệt kê tất cả những ngày của chương trình lối sống lành mạnh hay các buổi hướng dẫn sức khỏe mà tham dự viên đã hoàn tất kể từ khi tham gia với WISEWOMAN</p> <p>____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____</p>
Bỏ hút thuốc	<p>1. Ngày giới thiệu đến các Nguồn Hỗ Trợ Giúp Cai Thuốc ____/____/____</p> <p>a. Loại nguồn hỗ trợ giúp cai thuốc</p> <p><input type="checkbox"/> Đường dây giúp bỏ hút thuốc (Quitline) <input type="checkbox"/> Chương trình thuốc lá trong cộng đồng</p> <p><input type="checkbox"/> Chương trình cai thuốc qua liên mạng (internet)</p> <p><input type="checkbox"/> Các nguồn hỗ trợ cai thuốc khác</p> <p>b. Hoạt động cai thuốc đã hoàn tất</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không, tham dự viên chỉ hoàn tất có một phần <input type="checkbox"/> Không, tham dự viên không tiếp tục chương trình bỏ hút thuốc khi được liên lạc bởi cơ sở giúp cai thuốc <input type="checkbox"/> Không, cơ sở giúp cai thuốc không thể liên lạc được với tham dự viên</p> <p>2. Liệt kê thêm bất cứ các ngày nào khác mà trước đây tham dự viên đã được giới thiệu:</p> <p>____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____, ____/____/____</p>

Thẩm Định Sức Khỏe WISEWOMAN

Xin trả lời các câu hỏi dưới đây về y sử sức khỏe, vấn đề dinh dưỡng và các thói quen vận động thân thể của bạn. Thông tin bạn cung cấp sẽ giúp bạn và bác sĩ của bạn xác định xem lối sống của bạn có khiến bạn có rủi ro bị bệnh tim hay không. Thông tin cũng sẽ được dùng để lập một kế hoạch hành động làm thế nào thực hiện những thay đổi nhỏ trong cuộc sống để giúp bạn giảm thiểu rủi ro bị bệnh tim.

Y sử sức khỏe	<p>1. Bạn có bị bất cứ tình trạng bệnh nào sau đây hay không?</p> <p>a. Cao huyết áp (huyết áp cao) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>b. Mỡ máu cao <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>c. Tiểu đường (loại 1 hay 2) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
Huyết áp	<p>Nếu bạn trả lời CÓ, đã được chẩn đoán cao huyết áp:</p> <p>1. Bạn đã có bao giờ được kê toa thuốc giảm huyết áp hay không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>a. Nếu bạn đã trả lời có câu #1, trong thời gian 7 ngày vừa qua, bạn đã uống thuốc được kê toa trong mấy ngày để làm giảm áp huyết của bạn? _____ Số ngày <input type="checkbox"/> Không có ngày nào</p> <p>b. Nếu bạn đã trả lời có cho câu #1, huyết áp của bạn đã có được báo số hay một cơ quan y tế cộng đồng đo lại hay không sau khi đã được kê toa thuốc?</p> <p><input type="checkbox"/> Có (Ngày được đo huyết áp: __/__/____) <input type="checkbox"/> Không</p> <p>2. Bạn có đo huyết áp tại nhà hay dùng các thiết kiểm tra khác hay không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết cách đo huyết áp <input type="checkbox"/> Không, không có máy đo huyết áp</p> <p>a. Nếu bạn đã trả lời có câu #2, vậy bạn đo huyết áp tại nhà hay dùng các thiết bị kiểm tra khác thường xuyên đến mức nào?</p> <p><input type="checkbox"/> Nhiều lần trong ngày <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Một vài lần mỗi tuần <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng</p> <p>b. Bạn có thường xuyên nói cho chuyên viên chăm sóc sức khỏe biết các chỉ số huyết áp của bạn để được tư vấn hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
Mỡ trong máu (cholesterol)	<p>Nếu bạn trả lời CÓ, đã được chẩn đoán bị cao mỡ máu:</p> <p>1. Bạn đã có bao giờ được kê toa thuốc (Statin) để làm hạ mỡ máu hay không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>2. Bạn đã có bao giờ được kê toa thuốc (khác hơn Statin) để làm hạ mỡ máu hay không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>3. Trong 7 ngày vừa qua, bạn đã uống thuốc được kê toa bao nhiêu ngày để giúp giảm mỡ máu của bạn? _____ Số ngày <input type="checkbox"/> Không có ngày nào</p>
Tiểu đường	<p>Nếu bạn trả lời CÓ, đã được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường (loại 1 hay loại 2):</p> <p>1. Bạn đã có bao giờ được kê toa thuốc làm hạ đường huyết hay không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>a. Trong 7 ngày vừa qua, bạn đã uống thuốc được kê toa bao nhiêu ngày để làm giảm đường trong máu của bạn? _____ Số ngày <input type="checkbox"/> Không có ngày nào</p> <p><input type="checkbox"/> Không áp dụng với tôi</p>
Bệnh tim	<p>1. Bạn đã có được một chuyên viên chăm sóc sức khỏe chẩn đoán mắc bất cứ bệnh nào sau đây hay không?</p> <p>a. Tai biến mạch máu não/Đột quy thoáng qua (TIA) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>

	<p>b. Nhồi máu cơ tim <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>c. Bệnh động mạch vành tim (CAD) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>d. Suy tim <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>e. Bệnh tĩnh mạch ngoại vi <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>f. Bệnh tim/khuyết tật bẩm sinh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>g. Huyết áp cao trong lúc mang thai <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>h. Tiểu đường trong lúc mang thai <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>i. Tiền sản giật/sản kinh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>2. Bạn có đang dùng thuốc aspirin hàng ngày để giúp ngừa bị nhồi máu cơ tim hay tai biến mạch máu não hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
Dinh dưỡng	<p>1. Bao nhiêu tách trái cây và rau cải bạn ăn trung bình trong một ngày? _____ Số tách <input type="checkbox"/> Hoàn toàn không có ăn</p> <p>2. Bạn có ăn cá ít nhất hai lần một tuần hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>3. Nghĩ về các sản phẩm loại hạt bạn ăn điển hình trong một ngày, bao nhiêu sản phẩm là nguyên hạt? <input type="checkbox"/> Ít hơn phân nửa <input type="checkbox"/> Khoảng phân nửa <input type="checkbox"/> Nhiều hơn phân nửa</p> <p>4. Bạn uống ít hơn 36 ounces (450 calories) nước uống có đường hàng tuần? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>5. Bạn hiện có đang theo dõi hay giảm việc ăn hay dùng sodium hay muối hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>6. Trong 7 ngày vừa qua, bạn đã dùng thức uống có cồn thường xuyên đến mức nào? _____ Số ngày <input type="checkbox"/> Hoàn toàn không có uống</p> <p>7. Trung bình, bạn uống bao nhiêu bia rượu mỗi ngày? _____ Số bia, rượu <input type="checkbox"/> Hoàn toàn không có uống</p>
Hoạt động thân thể	<p>1. Bạn vận động thân thể (tập thể dục) bao nhiêu phút trong một tuần? _____ Số phút <input type="checkbox"/> Hoàn toàn không có vận động thể lực</p>
Xã hội	<p>1. Bạn có dùng bất cứ các thiết bị điện tử nào sau đây hay không?</p> <p>a. Máy vi tính để bàn/Máy vi tính xách tay <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>b. Điện thoại thông minh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>c. Máy tính bảng/Máy vi tính không dây loại xách tay khác <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>2. Bạn hay bất cứ người nào trong gia đình này có mạng internet hay không? <input type="checkbox"/> Có, bằng cách trả tiền cho công ty điện thoại di động hay công ty cung ứng dịch vụ internet <input type="checkbox"/> Có, nhưng không có trả tiền cho công ty điện thoại di động hay công ty cung ứng dịch vụ internet <input type="checkbox"/> Không, trong nhà này, căn hộ này, hay nhà di động này không có sử dụng mạng internet</p> <p>3. Trong 12 tháng vừa qua, đã có lúc nào bạn lo lắng mình sẽ hết thức ăn vì thiếu tiền hay các nguồn trợ giúp khác hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>4. Bạn đã có bao giờ bị lỡ cuộc hẹn bác sĩ vì gặp khó khăn trong việc di chuyển hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>

5. Loại dịch vụ giữ trẻ

- Mới sinh (Số sinh đến 11 tháng) Mới chập chững biết đi (11 đến 36 tháng)
 Trước tuổi đến trường (3 đến 5 tuổi)
 Được giữ sau giờ học ở trường (Mẫu giáo – lớp 9) Không áp dụng cho trường hợp của tôi

6. Bạn đã có bao giờ gặp vấn đề khó khăn với việc giữ trẻ này trong năm vừa qua hay không? (Chọn tất cả những điều nào đúng)

- Chi phí Sự có sẵn dịch vụ Địa điểm Chuyên chở Giờ hoạt động Khác
 Không áp dụng

7. Hoàn cảnh gia cư của bạn hôm nay là gì?

- Tôi có nhà Tôi có nhà, tuy nhiên tôi lo lắng sẽ bị mất nhà
 Tôi không có nhà

8. Những điều sau đây sẽ hỏi về việc bạn cảm thấy mình an toàn như thế nào:**a. Người bạn đời của bạn có thường xuyên hành hung bạn hay không?**

- Không bao giờ Hiếm khi Đôi khi Khá thường xuyên Thường xuyên

b. Người bạn đời của bạn thóa mạ, chửi rủa hay nói khinh thường bạn thường xuyên đến mức nào?

- Không bao giờ Hiếm khi Đôi khi Khá thường xuyên Thường xuyên

9. Bốn điều sau đây liên quan đến việc tuân thủ dùng thuốc:**a. Bạn có bao giờ quên uống thuốc của mình hay không?**

- Có Không

b. Bạn có đôi khi bất cẩn trong việc dùng thuốc hay không?

- Có Không

c. Khi bạn cảm thấy đỡ hơn, bạn có thỉnh thoảng ngưng dùng thuốc hay không?

- Có Không

d. Thỉnh thoảng khi cảm thấy mình bị tệ hơn khi dùng thuốc, vậy bạn có ngưng dùng thuốc hay không?

- Có Không

10. (Các) dịch vụ xã hội nào bạn cần?**Mã số (ID) Dịch vụ Xã hội _____**

- Dùng máy vi tính Sử dụng internet Bất an về thực phẩm Vận chuyển, đi lại
 Giữ trẻ
 Gia cư Bị bạo hành bởi người phối ngẫu Tuân thủ trong việc dùng thuốc men Sức khỏe tâm thần
 Dịch thuật ngôn ngữ Lạm dụng chất cấm

Ngày được giới thiệu dịch vụ xã hội: ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____,
 ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____,
 ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____

Ngày sử dụng dịch vụ xã hội và sự hỗ trợ: ____ / ____ / _____,
 ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____,
 ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____, ____ / ____ / _____

Khác	<p>1. Bạn có hút thuốc hay không? Kể cả thuốc lá, ống điếu, xì gà, hay thuốc lá điện tử (thuốc hút thuốc bất cứ dạng nào)</p> <p><input type="checkbox"/> Hiện đang còn hút thuốc <input type="checkbox"/> Đã bỏ hút thuốc (1-12 tháng trước) <input type="checkbox"/> Đã bỏ hút thuốc (hơn 12 tháng trước)</p> <p><input type="checkbox"/> Không bao giờ hút thuốc</p> <p>2. Trong 2 tuần vừa qua, bạn đã thường xuyên đến mức nào:</p> <p>a. Có ít hứng thú hay vui thích để làm những công việc?</p> <p><input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn phân nửa thời gian <input type="checkbox"/> Hầu như mỗi ngày</p> <p>b. Cảm thấy chán nản, trầm cảm, hay tuyệt vọng?</p> <p><input type="checkbox"/> Hoàn toàn không <input type="checkbox"/> Vài ngày <input type="checkbox"/> Hơn phân nửa thời gian <input type="checkbox"/> Hầu như mỗi ngày</p> <p>3. Trong 12 tháng vừa qua, tôi lo lắng không biết mình sẽ hết thức ăn lúc nào trước khi tôi có tiền để mua thêm.</p> <p><input type="checkbox"/> Thường xuyên đúng như vậy <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng đúng như vậy <input type="checkbox"/> Hoàn toàn không đúng</p> <p>4. Trong 12 tháng vừa qua, thực phẩm chúng tôi mua đã không đủ để ăn và chúng tôi đã không có tiền để mua thêm. <input type="checkbox"/> Thường xuyên đúng như vậy <input type="checkbox"/> thỉnh thoảng đúng như vậy <input type="checkbox"/> Hoàn toàn không đúng</p>
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------