TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN 3
TRẠM Y TẾ PHƯỜNG
……

Số: /KSK

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI
(Phiên bản 2.0)

A. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ và tên: .....
Ngày sinh: ……/……/…… Giới tính: [ ] Nam [ ] Nữ
Số CMND/CCCD: .....Ngày cấp: …/……/….. Nơi cấp: .....
Dân tộc: .....Quốc tịch:.....
Tôn giáo: .....Nghề nghiệp: .....
Số thẻ BHYT: .....Mã định danh cá nhân (nếu có): .....
Nơi đăng ký thường trú (Số nhà, đường phố): … .....
Xã/Phường: ……. Quận/Huyện: ……....Tỉnh/TP: .....
Nơi ở hiện tại: .....
Xã/Phường: ……. Quận/Huyện: ……....Tỉnh/TP: .....
Điện thoại di động: .....

B. TIỀN SỬ GIA ĐÌNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE

B1	***Trong gia đình, ông, bà, bố, mẹ, anh, chị em ruột có mắc các bệnh dưới đây không?***
	[ ] Không
	[ ] Có
B1.1	[ ] Tim mạch sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi)
B1.2	[ ] Tăng huyết áp
B1.3	[ ] Đái tháo đường
B1.4	[ ] Phổi tắc nghẽn mạn tính
B1.5	[ ] Hen phế quản/các bệnh dị ứng
B1.6	[ ] Trầm cảm, lo âu
B1.7	[ ] Ung thư
B2	***Ông, bà có các yếu tố nguy cơ dưới đây không?***
	[ ] Không
	[ ] Có
B2.1	[ ] Hút thuốc điếu, thuốc điện tử hoặc thuốc lào
B2.2	[ ] Uống nhiều rượu bia[1]
B2.3	[ ] Thích ăn mặn

[1] *Khi uống trên 02 đơn vị cồn/ngày (đối với nam) và trên 01 đơn vị cồn/ngày (đối với nữ). 01 đơn vị cồn tương đương 3/4 chai bia 500ml hoặc 1 lon bia 330 ml (4%); 1 ly rượu vang 100ml (13,5 %); 01 cốc bia hơi 330 ml hoặc 01 chén rượu mạnh 30 ml (40%).*

B2.4	[ ] Thích ăn ngọt		
B2.5	[ ] Ăn ≥ 5 gam muối /người/ngày[2]		
B2.6	[ ] Ăn ít rau, trái cây: < 400 gam/ngày (*tương đương 2 bát rau/trái cây*)		
B2.7	[ ] Vận động thể lực < 30 phút/ngày, dưới 05 ngày/tuần (*bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay*)		
B2.8	[ ] Hay bị stress và căng thẳng tâm lý, gặp khó khăn trong cuộc sống, áp lực về tài chính, công việc….		
B2.9	[ ] Tiếp xúc với hóa chất, khói bụi, tia X, phóng xạ, tia cực tím, khí radon, amiang, thạch tín, benzene …		
C	**KHÁM THỰC THỂ**		
C1.	Chiều cao: .....cm	C4.	Mạch.....nhịp/phút
C2.	Cân nặng Hiện tại: .....Kg; 1 năm trước: .....Kg	C5. C6.	Huyết áp TT: .....mmHg Huyết áp TTr: .....mmHg
C3.	Vòng bụng:.....cm	C7.	Nhịp thở: .....nhịp/phút
D	**HỎI BỆNH VÀ KHÁM LÂM SÀNG**		
D1	***Ông, bà có đang hoặc đã từng mắc các bệnh dưới đây không?*** [ ] Không [ ] Có		
D1.1	[ ] Tăng huyết áp	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.2	[ ] Đái tháo đường	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.3	[ ] Phổi tắc nghẽn mạn tính	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.4	[ ] Hen phế quản	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.5	[ ] Ung thư	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.6	[ ] Suy tim	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.7	[ ] Thoái hoá khớp	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.8	[ ] Bệnh thận mạn	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.9	[ ] Bệnh tim thiếu máu cục bộ	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.10	[ ] Nhồi máu cơ tim		
D1.11	[ ] Đột quỵ		
D1.12	[ ] Rối loạn trầm cảm	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.13	[ ] Rối loạn lo âu	CS KBCB đang điều trị: ……	
D1.14	[ ] Sa sút trí tuệ	CS KBCB đang điều trị: ……	
	[ ] Khác:		
D2	**Tầm soát về bệnh đái tháo đường** *(Nếu D1.2 chọn "Có" thì bỏ qua phần D2. Nếu D1.2 chọn "Không" thì hỏi từ D2.1 đến D2.5).* ***Ông, bà có các triệu chứng nào dưới đây không?***		
D2.1.	Gần đây có cảm thấy mau đói, ăn nhiều lần trong ngày.		[ ] Không [ ] Có
D2.2.	Cảm thấy khát nước, uống nhiều nước (*uống trên 3 lít/ 24 giờ*).		[ ] Không [ ] Có

[2] *Tương đương 01 thìa cà phê.*

D2.3.	Đi tiểu nhiều lần trong ngày (*bình thường 4-7 lần/24 giờ*).	[ ] Không [ ] Có
D2.4.	Gần đây có thấy bị sụt cân nhiều (*mặc quần áo rộng hơn trước*).	[ ] Không [ ] Có
D2.5	Xuất hiện những vết thương ngoài da khó lành.	[ ] Không [ ] Có
D3	**Tầm soát về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính** *(Nếu D1.3 chọn "Có" thì bỏ qua phần D3. Nếu D1.3 chọn "Không" thì hỏi từ D3.1 đến D3.3).* ***Ông, bà có các triệu chứng nào dưới đây không?***	
D3.1.	Ho vài lần trong ngày ở hầu hết các ngày.	[ ] Không [ ] Có
D3.2.	Khạc đàm ở hầu hết các ngày.	[ ] Không [ ] Có
D3.3	Dễ bị khó thở hơn những người cùng tuổi.	[ ] Không [ ] Có
D4	**Tầm soát về bệnh hen phế quản** *(Nếu D1.4 chọn "Có" thì bỏ qua phần D4. Nếu D1.4 chọn "Không" thì tiếp tục hỏi từ D4.1 đến D4.8).* ***Ông, bà có các triệu chứng nào dưới đây không?***	
D4.1.	Xuất hiện những cơn khò khè/ thở rít hay những đợt khò khè, thở rít tái đi tái lại.	[ ] Không [ ] Có
D4.2.	Ho gây khó chịu lúc đêm khuya.	[ ] Không [ ] Có
D4.3.	Bị thức giấc vì cơn ho hay khó thở bất cứ khi nào.	[ ] Không [ ] Có
D4.4.	Ho, khò khè hay thở rít sau khi vận động thể lực (chạy, tập thể dục).	[ ] Không [ ] Có
D4.5.	Có vấn đề hô hấp vào mùa nhất định nào đó trong năm.	[ ] Không [ ] Có
D4.6.	Ho, khò khè hay nặng ngực khi hít phải chất kích thích trong không khí.	[ ] Không [ ] Có
D4.7.	Bị những đợt cảm lạnh "nhập vào phổi" HOẶC phải điều trị hơn mười ngày mới khỏi.	[ ] Không [ ] Có
D4.8.	Khi có những triệu chứng hô hấp, có cải thiện với điều trị hen thích hợp.	[ ] Không [ ] Có
D5	**Tầm soát về bệnh ung thư** ***(Hiện tại, ông/bà có những dấu hiệu nào dưới đây không)?***	
D5.1.	Những vết loét trên cơ thể lâu lành.	[ ] Không [ ] Có
D5.2.	Ho dai dẳng hoặc khàn tiếng.	[ ] Không [ ] Có
D5.3.	Ăn không tiêu hoặc nuốt khó.	[ ] Không [ ] Có
D5.4.	Thay đổi thói quen của ruột và bọng đái (tiêu, tiểu nhiều lần hoặc tiêu chảy xen kẻ táo bón).	[ ] Không [ ] Có
D5.5.	Có một chỗ dầy lên hoặc một cục u ở vú hoặc ở nơi nào đó trong cơ thể.	[ ] Không [ ] Có
D5.6.	Xuất hiện những nốt ruồi bị thay đổi về màu, hình ảnh, kích thước.	[ ] Không [ ] Có

D5.7.	Sờ thấy ở cổ, nách, bẹn có những hạch to không bình thường.	[ ] Không [ ] Có
D5.8.	Bị ù tai, nghẹt mũi kéo dài uống thuốc không giảm.	[ ] Không [ ] Có
D5.9.	Sụt cân, da xanh xao thiếu máu không rõ nguyên nhân.	[ ] Không [ ] Có
D5.10.	Chảy máu hoặc tiết dịch bất thường ở đầu vú.	[ ] Không [ ] Có
D5.11.	Bị chảy máu, dịch ra bất thường ở âm đạo *(chỉ áp dụng đối với nữ).*	[ ] Không [ ] Có
D6	**Tầm soát rối loạn trầm cảm** *(Nếu D1.12 chọn "Có" thì bỏ qua phần D6. Nếu D1.12 chọn "Không" thì tiếp tục hỏi từ D6.1 đến D6.9).* ***Trong vòng 2 tuần vừa qua, có bao nhiêu lần ông, bà bị lo lắng buồn phiền vì những vấn đề được liệt kê dưới đây?***	
D6.1.	Ít hứng thú hoặc là không có niềm vui thích làm việc gì.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D6.2.	Cảm thấy chán nản kiệt sức, hay tuyệt vọng.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D6.3.	Khó ngủ, ngủ không lâu hoặc ngủ quá nhiều.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D6.4.	Cảm thấy mệt mỏi hoặc ít sức lực (ít năng lượng hoạt động).	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D6.5.	Cảm thấy ăn không ngon miệng hoặc ăn quá nhiều.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D6.6.	Cảm thấy mình tệ, cho rằng mình là người thất bại hoặc đã làm cho chính mình hay gia đình thất vọng.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D6.7	Khó tập trung vào những việc như đọc sách, báo, hoặc xem tivi.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày

D6.8	Đi đứng hoặc nói năng chậm chạp đến nỗi mọi người lưu ý. Hoặc ngược lại: quá bồn chồn, đứng ngồi không yên cho nên phải đi quanh quẩn nhiều hơn bình thường.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D6.9	Có ý nghĩ làm điều gì đó gây đau đớn cho bản thân hoặc nghĩ rằng thà mình chết đi cho rồi.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D7	**Tầm soát rối loạn lo âu** *(Nếu D1.13 chọn "Có" thì bỏ qua phần D7. Nếu D1.13 chọn "Không" thì tiếp tục hỏi từ D7.1 đến D7.7).* ***Trong vòng 2 tuần vừa qua, ông bà có bao nhiêu lần bị lo lắng buồn phiền vì những vấn đề được liệt kê dưới đây*?**	
D7.1.	Cảm thấy căng thẳng, lo lắng hoặc bất an.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D7.2.	Cảm thấy không thể ngưng hoặc kiểm soát lo lắng.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D7.3.	Lo lắng quá mức về nhiều thứ.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D7.4.	Khó thư giãn.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D7.5.	Bứt rứt đến mức khó ngồi yên.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D7.6.	Trở nên dễ bực bội hoặc cáu kỉnh.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày
D7.7.	Cảm thấy lo lắng như thể điều gì khủng khiếp có thể xảy ra.	[ ] Hầu như không [ ] Một vài ngày [ ] Hơn một nửa số ngày [ ] Gần như mọi ngày

D8	**Đánh giá thể chất, tinh thần, vận động**	
D8.1	***Các hoạt động sống cơ bản hàng ngày của ông, bà hiện nay như thế nào?***	
D8.1.1	Có thể tự tắm.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.2.	Có thể tự mặc quần áo.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.3.	Có thể tự đi vệ sinh.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.4.	Có thể tự di chuyển ra khỏi giường.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.5.	Có thể kiểm soát việc tiêu tiểu của mình.	[ ] Không [ ] Có
D8.1.6.	Ông/bà có thể tự ăn uống.	[ ] Không [ ] Có
D8.2	***Các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của ông, bà hiện nay như thế nào?***	
D8.2.1	Có thể tự nghe được điện thoại.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.2	Có thể tự mua được tất cả vật dụng cần thiết của mình.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.3	Có thể tự nấu một bữa ăn hoàn chỉnh, từ dự tính món, sơ chế đến nấu chín.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.4	Có thể tự làm được tất cả các công việc nhà.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.5	Có thể tự giặt được quần áo cá nhân, những món đồ nhỏ như vớ, khăn nhỏ.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.6	Có thể tự lái xe hoặc tự bắt xe đi ra khỏi nhà.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.7	Có thể tự chia và tự lấy thuốc uống đúng liều và đúng cữ.	[ ] Không [ ] Có
D8.2.8	Có thể tự giữ tiền, quản lý tiền của mình.	[ ] Không [ ] Có
D8.3	***Đánh giá tình trạng suy yếu***	
D8.3.1	Số lần cảm thấy mệt mỏi trong 4 tuần qua.	[ ] Tất cả mọi lúc/ hầu hết thời gian [ ] Không/ Một số lần
D8.3.2	Có gặp khó khăn khi leo liên tiếp 10 bậc thang không nghỉ và không có sự trợ giúp.	[ ] Không [ ] Có
D8.3.4	Có gặp khó khăn khi tự đi bộ vài trăm mét.	[ ] Không [ ] Có
D8.4	***Đánh giá nguy cơ té ngã***	
D8.4.1.	Trong năm qua, có bị té.	[ ] Không [ ] Có
D8.4.2.	Có lo sợ về việc bị té ngã.	[ ] Không [ ] Có
D8.4.4	Có cảm giác đi đứng không vững.	[ ] Không [ ] Có
D8.5	***Đánh giá mức độ giảm nhận thức*** *- Nếu D1.14 chọn "Có" thì bỏ qua phần D8.5.* *- Nếu D1.14 chọn "Không" thì tiếp tục hỏi D8.5.1.* *+ Nếu D8.5.1 trả lời "Có", tiếp tục D8.5.2, D8.5.3.* *+ Nếu D8.5.1 trả lời "Không", bỏ qua D8.5.2, D8.5.3.*	
D8.5.1	Có thấy trí nhớ bị giảm.	[ ] Không [ ] Có

D8.5.2	Hãy ghi nhớ 3 từ sau: bông hoa, cánh cửa, cây lúa. **Định hướng không gian, thời gian**: Hôm nay là ngày mấy? (ngày, tháng, năm) và bây giờ ông/bà đang ở đâu? (nhà, trạm y tế,…). (Nếu trả lời không đúng cả hai câu: chọn "Không"; Nếu trả lời đúng cả hai câu, chọn "Có").	[ ] Không [ ] Có
D8.5.3	Hãy nhớ và nói lại ba từ đã nhớ lúc nãy. (Nếu không nhớ đủ ba từ: chọn "Không"; Nếu nhớ đủ ba từ, chọn "Có")	[ ] Không [ ] Có

C. CÁC DẤU HIỆU KHÁC ĐƯỢC PHÁT HIỆN QUA KHÁM

.....

.....

Ký tên
(ghi rõ họ tên người được khám)

Ký tên
(ghi họ tên bác sĩ khám)

D. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm cận lâm sàng	Kết quả
Định lượng Glucose lúc đói	mmol/L
Định lượng Glucose bất kỳ	mmol/L
Định lượng Creatinin	umol/L
Định lượng LDLc	mmol/L
Định lượng Triglycerid	mmol/L
Siêu âm ổ bụng	

E. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

1. Đang mắc bệnh: .....

.....

2. Có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh: .....

.....

3. Tư vấn giới thiệu khám chuyên khoa: .....

.....

Ký tên
(ghi họ tên bác sĩ kết luận, đóng dấu)