



Họ tên:.....

Ngày sinh:...../...../.....

Giới tính:.....

PID:.....

Phiếu đánh giá phải được hoàn tất trong vòng 24 giờ sau khi người bệnh nhập viện, đánh dấu ✓ vào những ô thích hợp.

This form has to be completed within 24 hours of admission, tick ✓ on the appropriate boxes.

I. THÔNG TIN TỔNG QUÁT VỀ NGƯỜI BỆNH/GENERAL PATIENT INFORMATION

- Ngày nhập viện ____ / ____ / 20__ - Giờ vào viện ____ : ____
Date of Admission Time of Admission
- Quốc gia cư trú: ☐ Việt nam ☐ Khác:
Country of residence Vietnam Other
- Ngôn ngữ: ☐ Tiếng việt ☐ Tiếng anh ☐ Tiếng khác, ghi rõ:.....
Language Vietnamese English Other language, specify
- Cần phiên dịch: ☐ Có ☐ Không
Interpreter required Yes No
- Tôn giáo: ☐ Phật giáo ☐ Thiên chúa giáo ☐ Khác:..... - Nhu cầu tín ngưỡng: ☐ Có ☐ Không
Religion Buddhism Catholic Other Needs of belief Yes No
- Nghề nghiệp:..... - Hoàn cảnh sống: ☐ Một mình ☐ Gia đình ☐ Khác:.....
Occupation Living situation Alone Family Other
- Mọi quan tâm khi nằm viện: ☐ Không ☐ Gia đình/các mối quan hệ ☐ Tài chính ☐ Lo âu Khác:..
Concerns related to hospitalization No Family/relationship issues Financial Worriedness Others
- Tên người liên lạc:..... Quan hệ:.....
Contact person's name Relationship
- Người đi cùng:..... Quan hệ:.....
Accompanied by Relationship

II. BỆNH SỬ/ MEDICAL HISTORY

- Bệnh nhập viện từ: ☐ Khoa khám bệnh ☐ Khoa cấp cứu ☐ Bác sĩ hợp tác ☐ Khác.....
Patient admitted from OPD Emergency Associated doctor Other
- Tình trạng khi đến: ☐ Tự đi được ☐ Bằng băng ca ☐ Bằng xe lăn ☐ Khác:.....
Admission condition Walking Stretcher Wheelchair Other
- Lý do nhập viện:.....
Reason for admission
- Lần nhập viện trước tại bệnh viện Quốc tế Mỹ: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ
Previous admission at AIH No Yes, specify
- Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
Past medical history No Yes, specific
- Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
Past surgical history No Yes, specific
- Lạm dụng chất kích thích: ☐ Hút thuốc ☐ Rượu bia ☐ Khác, ghi rõ:.....
Stimulant abuse Smoking Alcohol Other, specify
- Hồ sơ bệnh án kèm theo: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ
Accompanied medical documents No Yes, specify
- Thuốc đang sử dụng tại nhà: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ
Current home medication No Yes, specify
- Dị ứng/ Phản ứng ☐ Không ☐ Có, ghi rõ
Allergy/Reaction No Yes, specify

- Người bệnh có nguy cơ cao: ☐ Không - Có/ yes, ghi rõ bên dưới:
High-risk patient No Indicate belows:
- ☐ Người bệnh đang điều trị hóa trị liệu ☐ Người bệnh tàn tật nặng ☐ Người bệnh bị kìm giữ
Patients are receiving chemotherapy Severe disabled patients Restrained patients
- ☐ Người cao tuổi (≥ 80 tuổi) ☐ Người bệnh lú lẫn/hôn mê ☐ Người bệnh có nguy cơ té ngã cao
Elderlies (≥ 80 years) Confused or comatose patients Patients with high risk of falls
- ☐ Sản phụ đang chuyển dạ ☐ Sản phụ có thai lưu/ sảy thai/ chấm dứt thai kỳ
Women in labor Patient with stillbirth pregnancy/ abortion/ experiencing terminations in pregnancy
- ☐ Người bệnh có nguy cơ tự tử hoặc tự làm hại bản thân ☐ Người bệnh suy giảm miễn dịch
Patients are at risk of suicide or self-harm Patients whose immune systems are compromised

Excellent Care

02/11/2021

BỆNH VIỆN QUỐC TẾ MỸ

26/10/2021

Số 6 Đường Bắc Nam 3, Phường An Phú, Tp. Thủ Đức, Tp.HCM

Tel: 028 3910 9999

www.aih.com.vn

Trần Thị Huyền Trang
Tướng phòng Kế hoạch tổng hợp

Nguyễn Thị Ngọc Hạnh 2124

Nguyễn Ngọc Hân
Chief of Nurse
Điều dưỡng trưởng bệnh viện

Lê Hữu Đạt MD.
Medical Director
Giám đốc Y khoa



PHIẾU ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ CỦA ĐIỀU DƯỠNG INPATIENT INITIAL NURSING ASSESSMENT

- ☐ Người bệnh nghi ngờ bị nghiện
Patients suspected of drug and/or alcohol dependency
- ☐ Người bệnh có nguy cơ bị lạm dụng/ ngược đãi
Victims of abuse or neglect
- ☐ Người bệnh cần hỗ trợ sự sống
Patients on life support

III. ĐÁNH GIÁ CỦA ĐIỀU DƯỠNG/ NURSING ASSESSMENT

1. Dấu hiệu sinh tồn và các chỉ số đo lường/ Vital signs and physical measurements

- Nhiệt độ: °C - Mạch: lần/phút - HA: mmHg - Nhịp thở: lần/Phút
Temperature Pulse beats/min Blood pressure Respiration rate beats/min
- Cân nặng: kg - Chiều cao: cm - Chỉ số BMI = kg/m²
Weight Height BMI

2. Hệ hô hấp/ Respiratory system

- ☐ Không có vấn đề ☐ Khó thở ☐ Khó thở nằm ☐ Khó thở khò khè ☐ Da xanh tái
Normal Dyspnea Orthopnea Wheeze Cyanosis
- Ho: ☐ Không ☐ Có ☐ Không có đờm ☐ Có đờm (ghi rõ màu/ tính chất/số lượng):
Cough No Yes Without phlegm With phlegm (specify the colour/ nature/amount)

3. Hệ tim mạch/ Cardiovascular system

- Mạch: ☐ Điều ☐ Không đều - Tình trạng: ☐ Đau ngực ☐ Chóng mặt ☐ Đau bắp chân ☐ Phù ngoại biên
Pulse Regular Irregular Condition Chest pain Dizziness Calf pain Peripheral edema
- Tỉ chỉ: ☐ Ấm ☐ Lạnh ☐ Ấm ướt ☐ Xanh tái ☐ Khác, ghi rõ:
Extremities Warm Cold Clammy Cyanosis Other, specify

4. Hệ thần kinh cảm giác/ Neurosensory system

- Định hướng: ☐ Nơi ☐ Ngày ☐ Thời gian ☐ Người ☐ Không định hướng được
Oriented Place Day Time Person Disoriented
- Tinh thần: ☐ Tỉnh táo ☐ Nhầm lẫn ☐ Kích động ☐ Lo âu ☐ Trầm cảm ☐ Khác:
Mental status Alert Confused Agitated Anxious Depressed Other
- Thính giác: ☐ Bình thường ☐ Khiếm thính ☐ Dùng máy trợ thính (Trái/Phải)
Hearing Normal Hearing impaired Use hearing aids (Left/Right)
- Thị giác: ☐ Bình thường ☐ Đeo kính ☐ Kính sát trùng ☐ Khác, ghi rõ:
Vision Normal Glasses Contact lenses Other, specify
- Khả năng ngôn ngữ: ☐ Bình thường ☐ Nói lắp ☐ Chứng mất ngôn ngữ
Speech Normal Shurred Aphasic
- ☐ Khiếm ngôn ☐ Chưa biết nói ☐ Không giao tiếp (Bất tỉnh, mê)
Speech impaired Speechless Non-communicative (Unconscious)

5. Hệ tiêu hóa/ Gastrointestinal system

- Chế độ ăn uống: ☐ Bình thường ☐ Bú bình ☐ Bú mẹ hoàn toàn ☐ Khác, ghi rõ:
Diet Normal Bottle feeding Exclusive breast feeding Other, specify
- Tình trạng hiện có: ☐ Nôn ☐ Buồn nôn ☐ Nuốt khó (chuyển đến chuyên gia trị liệu)
Current condition Vomiting Nausea Dysphagia (refer to therapist)
- Ống thông dạ dày: ☐ Không ☐ Mở dạ dày, kích cỡ: Fr. Ngày thay ống gần nhất: ____ / ____ / 20 ____
Nasogastric tube No Gastrostomy, Size, Date of last nasogastric tube change
- Thức ăn không ưa thích:
Food dislikes
- Bài tiết: ☐ 2 lần/ngày ☐ 1 lần/ngày ☐ Cách ngày ☐ Khác, ghi rõ:
Bowel elimination 2 times/day 1 time/day Every 2 days Other, specify
- Tính chất phân: ☐ Cứng ☐ Có hình dạng ☐ Lỏng ☐ Phân nước
Stool characteristics Hard Shape Loose Watery
- Tình trạng hiện có: ☐ Bình thường ☐ Không kiểm soát ☐ Hậu môn nhân tạo:
Current condition Normal Incontinence Artificial anus

6. Hệ tiết niệu sinh dục/ Genitourinary system

- Tiểu: ☐ Bình thường ☐ Tiểu đêm ☐ Thường xuyên ☐ Khó tiểu ☐ Không kiểm soát
Urination Normal Nocturia Frequency Dysuria Incontinence
- ☐ Thông tiểu ngắt quãng lần/ngày ☐ Ống thông tiểu lưu, kích cỡ: Fr. Ngày thay gần nhất: ____ / ____ / 20 ____
Intermittent catheterization time/day Indwelling catheter, Size Date of last catheter change
- ☐ Ống thông bàng quang qua da, kích cỡ: Fr. Ngày thay gần nhất: ____ / ____ / 20 ____
Suprapubic catheter Size Date of last catheter change
- Đối với người bệnh nữ/ For female patients only:
- Kinh nguyệt: ☐ Vô kinh ☐ Mãn kinh ☐ Chu kỳ ngày, Ngày đầu của kỳ kinh cuối ____ / ____ / 20 ____
Menstruation Amenorrhea Menopause Cycle day Last menstrual period started on

Excellent Care



- Có thai: ☐ Không ☐ Đã từng mang thai trước đây, PARA:..... ☐ Hiện đang mang thai.....tuần
Pregnancy No Previous pregnancy Current pregnancy weeks
- Ngừa thai: ☐ Không ☐ Thuốc ngừa thai ☐ Dụng cụ ngừa thai đặt trong tử cung ☐ Khác:.....
Contraception No Contraceptive pill Intrauterine Device Other

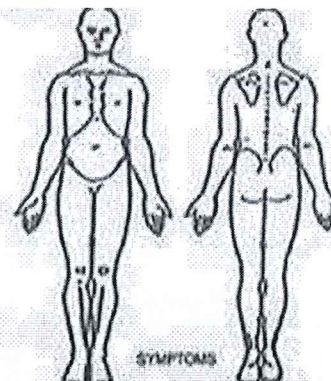
7. Hệ cơ – xương khớp/ Musculoskeletal system

- Tiền sử: ☐ Bình thường ☐ Đau khớp ☐ Sưng khớp ☐ Sự co rút cơ
History Normal Joint pain Joint swelling Muscle spasms
- ☐ Liệt/ (1/2 người/2 chi/4 chi):..... ☐ Đoạn chi:.....
Paralysis (Hemi/Para/Tetra) Amputation
- ☐ Cơ bắp co rút:..... ☐ Lắp bộ phận giả:.....
Muscle spasms Prosthesis

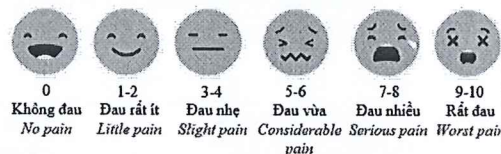
8. Đánh giá đau/ Pain assessment:

- Hiện đang đau: ☐ Không ☐ Có, báo bác sĩ
Currently in pain No Yes, inform doctor

Mô tả đánh giá đau Pain Assessment Description	Vị trí 1 Location 1	Vị trí 2 Location 2	Vị trí 3 Location 3
P Nguyên nhân đau/ Provoking factors Các yếu tố gây ra cơn đau?/ what factors precipitated the discomfort			
Q Đau như thế nào?/ Quality Mô tả đau, sự khó chịu/ Describe the pain, discomfort, & characteristics of pain			
R Nơi đau/ Region/ Radiation Đau ở đâu?Đau có lan truyền qua vị trí khác?/ Where is the pain? Does it radiate?			
S Mức độ đau/ Severity Rate pain score			
T Thời gian/ Time Người bệnh đã bị đau trong bao lâu/ How long the patient had the pain?			



Đánh dấu (X) vùng đau trên sơ đồ
Mark a cross (X) to indicate the pain location on the body diagram



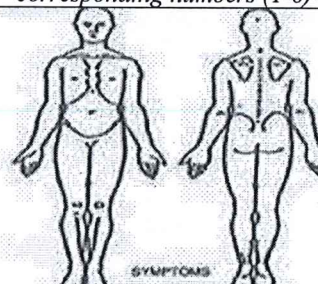
- Sử dụng thuốc giảm đau ☐ Không ☐ Có (nếu có, báo cho BS điều trị đau)
Using painkillers No Yes (if yes. Inform the pain specialist)

Tên thuốc..... Nhận xét.....
Name of painkillers Comments

9. Da & Nguy cơ loét tỳ đè/ Skin & Pressure ulcer risk

- Tình trạng: ☐ Bình thường ☐ Tái ☐ Đỏ ☐ Vàng da ☐ Khô ☐ Nhờn ☐ Nhiều mồ hôi ☐ Phát ban
Condition Normal Pale Flush Jaundiced Dry Oily Sweaty Rash
- Vết thương: ☐ Máu tụ (1) ☐ Sự thâm tím (2) ☐ Rách (3) ☐ Sẹo (4) ☐ Phồng (5) ☐ Loét do tỳ đè (6)
Wounds Haematoma Bruises Laceration Scar Burn Pressure ulcer
- Biểu thị vùng da với chỉ số tương ứng trên sơ đồ cơ thể và mô tả vết thương dưới đây:
Indicate the skin location with corresponding numbers in the body diagram and describe the wound as below.

Vùng Location	Loại vết thương và mô tả vết thương (vd: kích cỡ, độ sâu, màu...) Type and description of wound (i.e. size, depth, colour...)	Chỉ rõ vùng của vết thương bằng chỉ số tương ứng (1-6) dưới đây Specify the location of wound with corresponding numbers (1-6) as below



Excellent Care





PHIẾU ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ CỦA ĐIỀU DƯỠNG
INPATIENT INITIAL NURSING ASSESSMENT

Đánh giá nguy cơ loét tỳ đè được cải tiến thang Braden/ Pressure ulcer risk assessment modified with Braden scale

Hướng dẫn: So sánh tình trạng của người bệnh với mô tả phù hợp nhất của từng loại. Ghi điểm (bằng số) ở cột bên phải. Cộng lại ở bên dưới để tính.

Guidance: Compare patient condition with the most appropriate description. Note the score (written as a number) at the right column. Plus together at the bottom to receive the total score.

Nguy cơ Risk	Điểm/ Mô tả Score/ Description				Điểm số Score
	1	2	3	4	
Nhận thức giác quan Sensory perception	Giới hạn hoàn toàn Completely limited	Giới hạn nhiều Significantly limited	Giới hạn ít Slightly limited	Không giới hạn Unlimited	
Độ ẩm Moisture	Liên tục ẩm Constantly moist	Thường ẩm Often moist	Thỉnh thoảng ẩm Occasionally moist	Hiếm khi ẩm Rarely moist	
Vận động Activity	Nằm liệt giường Bedridden	Cố định trên ghế Chairfast	Thỉnh thoảng đi lại Occasional walk	Đi lại thường xuyên Frequent walk	
Di chuyển Mobility	Hoàn toàn bất động Completely immobile	Rất hạn chế Very limited	Ít hạn chế Slightly limited	Không giới hạn Unlimited	
Dinh dưỡng Nutrition	Rất kém Very poor	Có thể không đầy đủ/ Probably inadequate	Đầy đủ Adequate	Hoàn hảo Excellent	
Sự ma sát và trượt da Friction and shear	Có vấn đề Problem	Vấn đề tiềm ẩn Potential problem	Không có vấn đề No problem		
Tổng điểm Total score					

- Nguy cơ loét tỳ đè: ☐ **Rất cao (≤ 10)** ☐ **Cao (11 -17)** ☐ **Thấp (≥ 18)**
Pressure sore risk **Very high (≤ 10)** **High (11 -17)** **Low (≥ 18)**

- Cách phòng ngừa tương ứng với những nguy cơ xác định:
Preventive actions according to the identified risks

10. Khả năng thực hiện những sinh hoạt hàng ngày/ Ability to perform activities of daily living.

- Tắm: ☐ Tự tắm ☐ Cần sự hỗ trợ khi tắm ☐ Hỗ trợ tắm tại giường ☐ Tự tắm tại giường
Bathing Independent Assisted bathing Assisted bedside bathing Bedside self-bathing
- Chăm sóc răng miệng: ☐ Tự làm ☐ Chỉ chuẩn bị đồ dùng ☐ Hỗ trợ đánh răng ☐lần/ngày
Oral care Independent Oral care kit prepared only Assisted toothbrushing times/day
- Răng giả: ☐ Không có ☐ Hàm trên ☐ Hàm dưới ☐ Từng phần
Dentures None Maxilla Mandible Partial
- Đi vệ sinh: ☐ Tự vệ sinh ☐ Cần hỗ trợ khi đi vệ sinh ☐ Cần hỗ trợ trên ghế dùng để tiểu tiện trong phòng
Toilet use Independent Assisted for the toilet use Assisted on the commode
- ☐ Tã ☐ Bô dùng tại giường ☐ Ống thông tiểu ☐ Ống thông tiểu đặt ngoài bàng quang
Diaper Bedpan/urine bottle Urinary catheter Urethral catheter
- Trang phục: ☐ Tự làm ☐ Cần hỗ trợ
Dressing Independent Assistance needed
- Ăn/ cho ăn: ☐ Tự ăn ☐ Phụ thuộc về tư thế ☐ Phụ thuộc về ăn uống ☐ Cho ăn qua ống
Eating/ Feeding Independent Depend on position Dependent to eat NG tube/Gastrostomy
- Xoay trở tư thế trên giường: ☐ Tự xoay trở ☐ Không tự xoay trở
Patient repositioning Independent Unable to reposition
- Đi lại: ☐ Tự đi ☐ Liệt giường ☐ Cần hỗ trợ (ghi rõ).....
Ambulation Independent Bedridden Need assistance (specify)
- Ngủ: ☐ Bình thường ☐ Thức sớm ☐ Khó ngủ ☐ Khó ngủ say
Sleep Normal Wake up early Sleep disturbances Insomnia
- ☐ Thuốc đã sử dụng.....
Medication used





11. Đánh giá nguy cơ té ngã sử dụng Bảng Morse Scale/ Fall risk assessment with Morse Scale

Tình trạng Condition		Điểm Score
Tiền sử bị ngã History of falling	<input type="checkbox"/> Có/Yes = 25 <input type="checkbox"/> Không/No = 0	
Có từ 2 bệnh lý trở lên With at least 2 medical condition	<input type="checkbox"/> Có/Yes = 15 <input type="checkbox"/> Không/No = 0	
Khả năng di chuyển Ambulatory ability	<input type="checkbox"/> Sử dụng vật dụng hỗ trợ/ Furniture = 30 <input type="checkbox"/> Nặng, thiết bị hỗ trợ đi lại/ Crutches, walking aids = 15 <input type="checkbox"/> Không di chuyển, nằm tại giường, điều dưỡng hỗ trợ = 0 Immobility, bedrest, nurse assistance needed	
Liệu pháp tiêm tĩnh mạch/ có khóa heparin/ Intravenous therapy/Heparin lock	<input type="checkbox"/> Có/Yes = 20 <input type="checkbox"/> Không/No = 0	
Dáng đi/di chuyển Gait/ movement	<input type="checkbox"/> Suy yếu/ Impaired = 20 <input type="checkbox"/> Yếu/ Weak = 10 <input type="checkbox"/> Bình thường, nằm tại giường/ Normal, bedrest = 0	
Trạng thái tâm thần Mental status	<input type="checkbox"/> Hiểu được giới hạn bản thân/ Understanding of personal limits = 0 <input type="checkbox"/> Không hiểu được giới hạn bản thân/ Do not understand personal limits = 15	
- Nguy cơ: <input type="checkbox"/> Thấp (0-24) <input type="checkbox"/> Trung bình (25-44) <input type="checkbox"/> Cao (≥45) Risk Low Medium High		Tổng điểm Total score

IV. KẾ HOẠCH XUẤT VIỆN/ DISCHARGE PLANING

Đánh giá lại và mời hội chẩn nếu tình trạng sức khỏe của người bệnh thay đổi. Nếu cần, chuyển bệnh đến khoa thích hợp. Nếu có nghi vấn, thảo luận với bác sĩ phụ trách. Reassessment and consultation if patient's health condition is changed. If need, refer the patient to the relevant department. If in doubt, discuss with a doctor in charge		Có Yes	Không No
Nhiều chuyên khoa cùng tham gia điều trị/ Multidisciplinary team involvement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yêu cầu thiết bị y tế, máy tạo oxy và dịch vụ giúp đỡ chăm sóc tại nhà Requirement of medical equipment, oxygen concentrator and home care services		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yêu cầu theo dõi điều trị/ Require to follow-up		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các trường hợp tự tử (cần hội chẩn khẩn cấp)/ Suicidal cases (Urgent consultation needed)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sống một mình với tình trạng suy giảm chức năng và không được chăm sóc điều trị hay hỗ trợ từ gia đình/ Living alone with functional decline and having no care, treatment provisions or family support		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mời bác sĩ vật lý trị liệu hội chẩn (nếu có, báo bác sĩ) Referral to Physiotherapist (if yes, inform doctor)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mời chuyên gia ngôn ngữ trị liệu hội chẩn (nếu có, báo bác sĩ) Referral to speech therapist (if yes, inform doctor)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giới thiệu đến chuyên gia dinh dưỡng/ Referral to Dietician		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giới thiệu đến chuyên gia tâm lý/ Referral to Psychologist		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yêu cầu chuyển đến bệnh viện khác/ Referral to other hospital		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Người nhà hỗ trợ tại nhà/ Family support at home		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Người bệnh yêu cầu phương tiện vận chuyển về nhà Patient requires transportation service to go home		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cầu thang bộ tại nhà/ Stairs at home		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kế hoạch xuất viện – Đánh giá lại: Discharge planing – Reassessment		

Excellent Care





PHIẾU ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ CỦA ĐIỀU DƯỠNG INPATIENT INITIAL NURSING ASSESSMENT

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VỀ NHỮNG TIỆN NGHI TRONG PHÒNG VÀ CÁC DỊCH VỤ. PATIENT GUIDES TO ROOM FACILITIES AND SERVICES

- **Hướng dẫn:** ☐ Người bệnh ☐ Thân nhân ☐ Khác:..... ☐ Không áp dụng
Instructions provided to Patient Relative Other Not applicable

1. Nhân viên lầu trại/ Ward personnel

- ☐ Giới thiệu với ĐD phụ trách và nhân viên khác ☐ Giới thiệu với NB khác (trường hợp phòng đôi)
Introduction to a nurse in charge and other staff Introduction to other patients (in case of double rooms)

2. Tiện nghi vật chất/ Physical facilities

- ☐ Vị trí lầu trại và giường ☐ Phòng tắm/nhà vệ sinh ☐ Sử dụng tivi ☐ Sử dụng điện thoại
Ward and patient bed locations Bathroom/toilet Use of television Use of telephone
☐ Hệ thống gọi điều dưỡng ☐ Trạm điều dưỡng và quầy chính
Nurse call system Nurse station and main counter

3. Chính sách và quy trình/ Policies and procedure

- ☐ Khách thăm bệnh, giờ thăm ☐ Phiếu ở lại đêm ☐ Mặc đồ ở nhà ☐ Dịch vụ ăn uống
Visitors and visiting hours Overnight visitor Wearing of home clothes Meal service
☐ Quy trình trước và sau phẫu thuật, nếu có ☐ Số liên lạc với lầu trại
Pre and postoperative procedures (if available) Ward contact number

4. Biện pháp an toàn/ Safety precautions

- ☐ Vị trí cửa thoát hiểm ☐ Biện pháp phòng ngừa té ngã
Location of fire exits Fall precaution
☐ Sử dụng vòng đeo tay nhận diện ☐ Nguy cơ cháy-Không hút thuốc trong phạm vi bệnh viện
Use of an identification wrist band Fire risk – No smoking hospital

5. Tư trang/ vật dụng cá nhân/ Valuables/Belongings

- Răng giả: ☐ Không ☐ Có ☐ NB giữ ☐ Thân nhân giữ Ghi rõ: ☐ Hàm trên ☐ Hàm dưới ☐ Từng phần
Dentures No Yes With patient With relative Specify Maxilla Mandible Partial
- Máy trợ thính: ☐ Không ☐ Có ☐ NB giữ ☐ Thân nhân giữ Ghi rõ: ☐ Trái ☐ Phải
Hearing aid No Yes With patient With relative Specify Left Right
- Mắt kính: ☐ Không ☐ Có ☐ NB giữ ☐ Thân nhân giữ
Eye glasses No Yes With patient With relative
- Kính sát trùng: ☐ Không ☐ Có ☐ NB giữ ☐ Thân nhân giữ
Contact lenses No Yes With patient With relative
- Tiền mặt/nữ trang: ☐ Không ☐ Có ☐ NB giữ ☐ Thân nhân giữ ☐ Trong két an toàn của bệnh viện
Cash/Jewelry No Yes With patient With relative In the hospital safety box
- Khác (ghi rõ):.....
Other (specify)

Tôi hiểu rõ rằng nếu Tôi và người bệnh/ thân nhân muốn giữ bên mình bất cứ đồ vật nào có giá trị hoặc tiền mặt trong thời gian nằm viện, Tôi sẽ không quy bất cứ trách nhiệm nào liên quan đến việc mất mát hoặc hư tổn nào cho những vật có giá trị/tiền mặt này cho Bệnh viện quốc tế Mỹ.

I clearly understand that if I and the patient/ families desire to keep any valuables or cash during hospitalization, I shall not impute the responsibility to AIH in the event of loss or damage of valuables/cash.

Họ tên, chữ ký người bệnh/người giám hộ

Patient/ Legal guardian's full name and signature

Ngày/Date ___/___/20___ Giờ/Time ___:___

Điều dưỡng đánh giá ban đầu

Initial assessment nurse

(Họ tên, chữ ký, MSNV/Name, signature & ID)

Ngày/Date ___/___/20___ Giờ/Time ___:___

Điều dưỡng đánh giá lại

Re-assessment nurse

(Họ tên, chữ ký, MSNV/Name, signature & ID)

