

PHIẾU ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ CỦA ĐIỀU DƯỠNG

INPATIENT INITIAL NURSING ASSESSMENT

Họ tên:.....

Ngày sinh:...../...../.....

Giới tính:.....

PID:.....

Hồ sơ đánh giá phải được hoàn tất trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện, đánh dấu vào những ô thích hợp
This form have to be completed within 24 hours of admission, tick on the appropriate boxes (✓)

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

Ngày nhập viện ____ / ____ / 20__ <i>Date of Admission</i>		Giờ vào viện ____ : ____ <i>Time of Admission</i>	
Quốc gia cư trú: <i>Country of residence</i>	<input type="checkbox"/> Việt Nam <i>Vietnam</i>	<input type="checkbox"/> Khác:..... <i>Other</i>	
Ngôn ngữ: <i>Language</i>	<input type="checkbox"/> Tiếng việt <i>Vietnamese</i>	<input type="checkbox"/> Tiếng anh <i>English</i>	<input type="checkbox"/> Tiếng khác:..... <i>Other</i>
Cần phiên dịch: <i>Requires interpreter</i>	<input type="checkbox"/> Có <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	
Tôn giáo: <i>Religion</i>	<input type="checkbox"/> Phật giáo <i>Buddhism</i>	<input type="checkbox"/> Thiên chúa giáo <i>Christian</i>	<input type="checkbox"/> Khác:..... <i>Other</i>
Nhu cầu tín ngưỡng: <i>Spiritual counselling</i>	<input type="checkbox"/> Có <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	
Nghề nghiệp:..... <i>Occupation</i>			
Hoàn cảnh sống: <input type="checkbox"/> Một mình <i>Living status Alone</i>	<input type="checkbox"/> Với vợ/chồng/con/anh, chị, em ruột <i>With spouse/ children/ sibling</i>	<input type="checkbox"/> Khác:..... <i>Other</i>	
Mối quan tâm khi nằm viện: <i>Concerns related to hospitalization</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>None</i>	<input type="checkbox"/> Gia đình/các mối quan hệ <i>Family/ relationship issues</i>	<input type="checkbox"/> Tài chính <i>Financial</i>
	<input type="checkbox"/> Lo âu <i>Worriedness</i>	<input type="checkbox"/> Khác:..... <i>Others</i>	
Tên người liên lạc:..... <i>Contact person's Name:</i>		Quan hệ:..... <i>Relationship</i>	
Người đi cùng:..... <i>Accompanied by</i>		Quan hệ:..... <i>Relationship</i>	

B. BỆNH SỬ/ MEDICAL HISTORY

Bệnh nhập viện từ <i>Patient admitted from</i>	<input type="checkbox"/> Khoa khám bệnh <i>OPD</i>	<input type="checkbox"/> Khoa cấp cứu <i>Emergency</i>	<input type="checkbox"/> Bác sĩ hợp tác <i>Visiting doctor</i>	<input type="checkbox"/> Khác:..... <i>Referral</i>
Tình trạng khi đến: <i>Arrived by</i>	<input type="checkbox"/> Tự đi được <i>Walking</i>	<input type="checkbox"/> Bằng băng ca <i>Stretcher</i>	<input type="checkbox"/> Bằng xe lăn <i>Wheelchair</i>	
Lý do nhập viện:..... <i>Reason for admission</i>				
Lần nhập viện trước tại bệnh viện Quốc tế Mỹ: <i>Previous admission at AIH</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có, <i>Yes</i>		
Tiền sử bệnh <i>Past medical history</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có:..... <i>Yes</i>		
Tiền sử phẫu thuật <i>Past surgical history</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có:..... <i>Yes</i>		
Lạm dụng chất kích thích <i>Substance abuse</i>	<input type="checkbox"/> Hút thuốc <i>Smoking</i>	<input type="checkbox"/> Rượu bia <i>Alcohol</i>	<input type="checkbox"/> Khác:..... <i>Other</i>	
Hồ sơ bệnh án kèm theo <i>Previous test results/documents</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có, Ghi rõ: <i>Yes, specify</i>		
Thuốc hiện đang dùng tại nhà <i>Current home medication</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có (Tham khảo đơn thuốc đính kèm) <i>Yes, if yes please refer to the prescription attached</i>		
Dị ứng/ Phản ứng <i>Allergy/Reaction</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có, Ghi rõ: <i>Yes, Specify</i>		

Người bệnh có nguy cơ cao
High-risk patient

- ☐ Trẻ em (< hoặc 8 tuổi)
Children (<8 years old)
- ☐ Những người bệnh tàn tật nặng
Severely disabled patients
- ☐ Người cao tuổi (80 tuổi hoặc hơn)
Elderly people (80 years old or above)
- ☐ Những người bệnh có nguy cơ té ngã cao
Patients with high risk of falls
- ☐ Những người bệnh lú lẫn/hôn mê
Confused or comatose patients
- ☐ Người bệnh bị kìm giữ
Restrained patients
- ☐ Người bệnh đang điều trị có nguy cơ cao (như chạy thận nhân tạo, hóa trị liệu...)
Patients that receiving high-risk treatments (such as dialysis, chemotherapy...)

C. ĐÁNH GIÁ CỦA ĐIỀU DƯỠNG/ *NURSING ASSESSMENT*

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

Nhiệt độ <i>Temperature</i>	°C	Mạch: <i>Pulse</i>	/Phút <i>Min</i>	HA: <i>BP</i>	mmHg	Nhịp thở: <i>Respiration rate</i>	/Phút <i>min</i>
Trọng lượng: <i>Weight</i>	kg	Chiều cao: <i>Height</i>			cm	Chỉ số BMI= <i>BMI</i>	kg/m ²

2. Hệ hô hấp/ *Respiratory system*

- ☐ Không có vấn đề
Normal
- ☐ Khó thở
Dyspnea
- ☐ Khó thở nằm
Orthopnea
- ☐ Khó thở khô khè
Wheeze
- ☐ Da xanh tái
Cyanosis
- Ho/ *Cough*:** ☐ Không
No ☐ Có
Yes ☐ Không có đờm
Unproductive cough ☐ Có đờm (ghi rõ màu/ tính chất/số lượng):.....
Productive (specify colour/ nature/amount)

3. Hệ tim mạch/ *Cardiovascular system*

- Mạch/ *Pulse*:** ☐ Đều/ *Regular* ☐ Không đều/ *Irregular*
- Tình trạng hiện tại:** ☐ Đau ngực
Chest pain ☐ Chóng mặt
Dizziness ☐ Đau bắp chân
Calf pain ☐ Phù ngoại biên
Peripheral edema
- Tứ chi:** ☐ Ấm
Warm ☐ Lạnh
Cold ☐ Ẩm ướt
Clammy ☐ Xanh tái
Cyanosed

4. Hệ thần kinh cảm giác/ *Neurosensory system*

- Định hướng được** ☐ Ngày
Day ☐ Thời gian
Time ☐ Người
Person ☐ Nơi
Place ☐ Không định hướng được
Not at all
- Tình trạng tinh thần** ☐ Tỉnh táo
Alert ☐ Nhầm lẫn
Confused ☐ Kích động
Agitated ☐ Lo âu
Anxious ☐ Quấy
Fretful
- ☐ Lơ mơ
Lethargic ☐ Trầm cảm
Depressed ☐ Khác:.....
Other
- Thính giác:** ☐ Bình thường
Normal ☐ Khiếm thính
Hearing impaired ☐ Dùng máy trợ thính (Trái/Phải)
Uses hearing aid (Left/Right)
- Thị giác** ☐ Bình thường
Normal ☐ Đeo kính
Glasses ☐ Kính sát trùng
Contact lenses ☐ Khác:.....
Other
- Khả năng ngôn ngữ:** ☐ Bình thường
Normal ☐ Nói lắp
Slurred ☐ Chứng mất ngôn ngữ
Aphasic ☐ Không giao tiếp (Bất tỉnh or mê)
Non-communicative(Unconscious)
- ☐ Khiếm ngôn
Speech impaired ☐ Chưa biết nói
Non-verbal

5. Hệ tiêu hóa/ *Gastrointestinal system*

- Chế độ ăn uống** ☐ Bình thường
Normal ☐ Bú bình
Bottle feeding ☐ Bú mẹ hoàn toàn
Total breast feeding ☐ Khác.....
Others
- Tình trạng hiện có** ☐ Nôn
Vomiting ☐ Buồn nôn
Nausea ☐ Nuốt khó (chuyển đến chuyên gia trị liệu)
Swallowing difficulties (refer to therapist)
- Ổng thông** ☐ Không
No ☐ Mở dạ dày
Gastrostomy ☐ Kích cỡ:.....Fr.
Size Ngày thay ống gần nhất:...../...../.....
Date last changed

Thức ăn không ưa thích:.....
Food dislikes

- Bài tiết** ☐ 2 lần/ngày
2 times/day ☐ 1 lần/ngày
1 time/day ☐ Cách ngày
Every other day ☐ Khác
Other
- Tính chất phân:** ☐ Cứng
Hard ☐ Có hình dạng
Formed ☐ Lỏng
Loose ☐ Phân nước
Watery
- Tình trạng hiện có** ☐ Bình thường
Normal ☐ Không kiểm soát
Incontinence ☐ Hậu môn nhân tạo:
Stoma

6. Đánh giá dinh dưỡng ban đầu/ Initial Nutrition Assessment

Bảng 1: Khảo sát dinh dưỡng ban đầu / Table 1: Initial screening

STT/No.	Câu hỏi/ Questions	Có/Yes	Không/No
1	Chỉ số BMI < 20.5/ Is BMI < 20.5?		
2	Người bệnh có sụt cân trong vòng 3 tháng gần đây không? Has the patient lost weight within the last 3 months?		
3	Người bệnh có chán ăn trong 1 tuần qua không? Has the patient had a reduced dietary intake in the last week?		
4	Người bệnh có bị bệnh gì nghiêm trọng không? Is the patient severely ill?		

Ghi chú: Thức ăn bao gồm ăn qua miệng và các đường khác (qua ống thông dạ dày hoặc dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch)

Note: Food intake includes food taken by mouth, and other route (tube feeding or parenteral nutrition)

- Nếu trả lời "**Có**" cho bất kỳ câu hỏi nào ở bảng 1 thì vui lòng đánh giá tiếp ở **bảng 2**
The answer is '**Yes**' to any question: go to the final screening in **Table 2**
- Nếu trả lời "**Không**" cho bất kỳ câu hỏi nào ở bảng 1 thì vui lòng đánh giá lại mỗi tuần.
The answer is '**No**' to all questions: the patient is re-screened weekly

Bảng 2: Khảo sát dinh dưỡng tiếp theo/ Table 2: Final screening

	Tình trạng dinh dưỡng Nutrition status	Bệnh nặng Severity of disease	Tuổi Age
Điểm = 0 Score = 0	<input type="checkbox"/> Tình trạng dinh dưỡng bình thường Normal nutritional status	<input type="checkbox"/> Yêu cầu dinh dưỡng đặc biệt Normal nutritional requirements	<input type="checkbox"/> <70 tuổi < 70 years old
Điểm=1 Score = 1 (cross 1 or more)	<input type="checkbox"/> Sụt cân > 5% trong 3 tháng Weight loss > 5% in 3 months <input type="checkbox"/> Ăn ít 50%-75% so với nhu cầu ăn bình thường trong tuần qua Food intake below 50 - 75% of normal requirement in preceding week	<input type="checkbox"/> Gãy khớp háng/ Hip fracture <input type="checkbox"/> Bệnh mãn tính có kèm theo biến chứng Chronic disease with complications <input type="checkbox"/> Viêm phổi tắc nghẽn mãn tính/ COPD <input type="checkbox"/> NB yếu nhưng có thể di chuyển được The patient is weak but can move out of bed	<input type="checkbox"/> ≥ 70 tuổi ≥ 70 years old
Điểm = 2 Score = 2 (cross 1 or more)	<input type="checkbox"/> Sụt cân > 5% trong 2 tháng Weight loss > 5% in 2 months <input type="checkbox"/> BMI 18.5-20.5 và tổng trạng suy yếu BMI 18.5 - 20.5 and impaired general condition <input type="checkbox"/> Ăn ít 25%-50% so với nhu cầu ăn bình thường trong tuần qua Food intake 25-50% of normal requirement in preceding week	<input type="checkbox"/> Có phẫu thuật ổ bụng Major abdominal surgery <input type="checkbox"/> Đột quỵ/ Stroke <input type="checkbox"/> Viêm phổi nặng/ Severe pneumonia <input type="checkbox"/> Bệnh ác tính huyết học Hematologic malignancy <input type="checkbox"/> Người bệnh nằm liệt giường The patient is bedridden	
Điểm=3 Score = 3 (cross 1 or more)	<input type="checkbox"/> Sụt cân > 5% trong 1 tháng Weight loss > 5% in 1 month <input type="checkbox"/> BMI < 18.5 và tổng trạng suy yếu BMI < 18.5 and impaired general condition <input type="checkbox"/> Ăn ít 0-25% so với nhu cầu ăn bình thường trong tuần qua Food intake 0-25% of normal requirement in preceding week	<input type="checkbox"/> Chấn thương đầu Head injury <input type="checkbox"/> Ghép tủy xương Bone marrow transplantation <input type="checkbox"/> Bệnh nhân chăm sóc chuyên sâu (APACHE > 10) Intensive care patients (APACHE > 10)	
Điểm/ Score			
Tổng điểm Total score			

*Ghi chú: Khi đánh giá điểm cho mỗi tiêu chí thì luôn luôn chọn điểm cao nhất. Sau đó cộng tất cả các điểm số ở cuối để có điểm số cuối cùng

Notes: When assessing the score for each criterion, always choose the highest score. Then add up all scores at the end to get the final score

Nếu điểm < 3: đánh giá lại NB mỗi tuần/ If score < 3: weekly re-screening of the patient

Nếu điểm ≥ 3: giới thiệu NB đến khám chuyên gia dinh dưỡng/ If score ≥ 3: refer patients to the nutritionists

7. Hệ tiết niệu sinh dục/ Genitourinary system

Tiểu/ Urination:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Không có vấn đề
Normal | <input type="checkbox"/> Tiểu đêm
Nocturia | <input type="checkbox"/> Thường xuyên
Frequency |
| <input type="checkbox"/> Khó tiểu
Dysuria | <input type="checkbox"/> Không kiểm soát
Incontinence | <input type="checkbox"/> Thông tiểu ngắt quãnglần/ngày
Intermittent catheterization |
| <input type="checkbox"/> Ống thông tiểu lưu
Indwelling catheter | Kích cỡ:Ngày thay gần nhất:...../...../.....) | Fr, Date last changed |
| <input type="checkbox"/> Ống thông bàng quang qua da | Kích cỡ:Ngày thay gần nhất:...../...../.....) | |

Suprapubic catheter

Size

Fr, Date last changed

Đổi với người bệnh nữ/ For female patients only:**Kinh nguyệt**
☐ Vô kinh ☐ Mãn kinh ☐ Chu kỳ.....ngày Ngày đầu của kỳ kinh cuối...../...../.....
Amenorrhea Menopause Cycle day Last menstrual period started
*Menstruation*Có thai: ☐ Không ☐ Đã từng mang thai trước đây PARA:
☐ Hiện đang mang thai.....tuần
Current pregnancy weeks
*Pregnancy**No**Previous pregnancy*Ngừa thai ☐ Không ☐ Thuốc ngừa thai ☐ Dụng cụ ngừa thai đặt trong tử cung ☐ Khác:.....*Contraception**No**Contraceptive pill**Intrauterine Device**Other***8. Hệ cơ – xương khớp/ Musculoskeletal system**

Tiền sử

History☐ Bình thường*Normal*☐ Đau khớp*Joint pain*☐ Sưng khớp*Joint swelling*☐ Sự co rút cơ*Muscle spasms*☐ Liệt/ (1/2 người/2 chi/4 chi):.....*Paralysis (Hemi/Para/Tetra)*☐ Đoạn chi:.....*Amputation*☐ Cơ bắp co rút:.....*Contracture*☐ Lắp bộ phận giả:.....*Prosthesis***9. Đau/ Pain**Hiện đang đau/ *Currently in pain*☐ Không/ *No*☐ Có, báo bác sĩ/ *Yes, inform doctor*

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

Sử dụng thuốc giảm đau ☐ Không/ *No**Using painkiller*☐ Có (nếu có báo cho BS điều trị đau)*Yes (if, yes. Inform a pain specialist)*

Tên thuốc.....

Name of painkiller

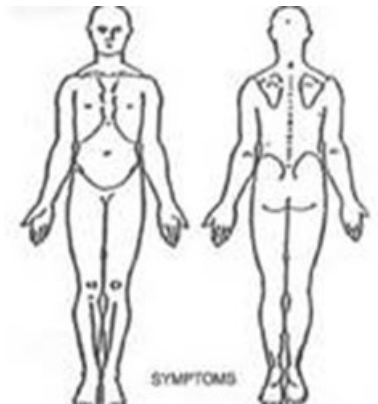
Nhận xét.....

*Comments***10. Da & Nguy cơ loét tỳ đè/ Skin & Pressure Sore Risk****Tình trạng***Condition*☐ Bình thường*Normal*☐ Tái*Pale*☐ Đỏ*Flush*☐ Vàng da*Jaundiced*☐ Khô*Dry*☐ Nhờn*Oily*☐ Nhiều mồ hôi*Sweaty*☐ Phát ban*Rash***Vết thương***Wounds*☐ Máu tụ (1)*Haematoma*☐ Sự thâm tím (2)*Bruises*☐ Rách (3)*Laceration*☐ Sẹo (4)*Scar*☐ Phồng (5)*Burn*☐ Loét do tỳ đè (6)*Pressure sore*

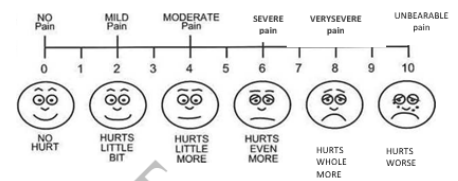
Biểu thị vùng da với chỉ số tương ứng trên sơ đồ cơ thể và mô tả vết thương dưới đây

Indicate the location with the corresponding number in the body diagram and describe the wound below.

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

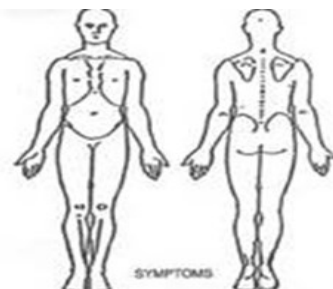


Vùng đau đánh dấu (X) trên sơ đồ cơ thể

Mark a cross (X) on the body diagram

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 Sore risk assessment-Modified Braden

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 the patient's condition to the most appropriate description for each category. Note the score (written as a number) at the right column. Add up at the bottom to receive the total score.

NGUY CƠ RISK	ĐIỂM/MÔ TẢ SCORE/DESCRIPTION				ĐIỂM SCORE
	1	2	3	4	
NHẬN THỨC GIÁC QUAN SENSORY PERCEPTION	Giới hạn hoàn toàn Completely limited	Giới hạn nhiều Very limited	Giới hạn ít Slightly limited	Không giới hạn No limitations	
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 Bedfast	Cố định trên ghế Chairfast	Thỉnh thoảng đi lại Walks occasionally moist	Đi lại thường xuyên Walks frequently	
DI CHUYỂN MOBILITY	Hoàn toàn bất động Completely immobile	Rất hạn chế Very limited	Ít hạn chế Slightly limited	Không giới hạn No limitations	
DINH DƯỠNG NUTRITION	Rất kém Very poor	Có thể không đầy đủ Probably inadequate	Đầy đủ Adequate	Hoàn hảo Excellent	
SỰ MA SÁT&TRƯỢT DA FRICTION & SHEAR	Có vấn đề Problem	Vấn đề tiềm ẩn Potential problem	Không có vấn đề No problem		
NGUY CƠ RISK	Nguy cơ rất cao ≤10 Very high risk ≤10	Nguy cơ cao: 11-17 High risk: 11-17	Nguy cơ thấp ≥18 Low risk: ≥18	TỔNG SỐ ĐIỂM TOTAL SCORE	

Nguy cơ loét tỳ đè:

Pressure sore risk

☐ Rất cao

Very high

☐ Cao

High

☐ Thấp

Low

Cách phòng ngừa tương ứng với những nguy cơ xác định.....

Take preventive actions according to the identified risk

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

Tắm

☐ Tự tắm

☐ Cần sự hỗ trợ khi tắm

☐ Hỗ trợ tắm tại giường

☐ Tự tắm tại giường

Bathing Independent

Assisted in shower

Assisted in bed

Dependent in bed

Chăm sóc răng miệng

Oral care

☐ Tự làm

☐ Chỉ chuẩn bị đồ dùng

☐ Hỗ trợ đánh răng

☐lần/ngày

Independent

Prepare utensils only

Assisted to brush teeth

times/day

Răng giả:

☐ Không có

☐ Hàm trên

☐ Hàm dưới

☐ Từng phần

<i>Dentures</i> Đi vệ sinh: <input type="checkbox"/> Tự vệ sinh <i>Toilet use</i> <input type="checkbox"/> Tã <i>Diaper</i> <input type="checkbox"/> Ống thông tiểu <i>Urinary catheter</i> Trang phục <i>Dressing</i> Ăn/cho ăn: <input type="checkbox"/> Tự ăn <i>Eating/ Feeding</i> Xoay trở tư thế trên giường <i>Turning in bed</i> Đi lại: <i>Ambulation</i> Ngủ: <input type="checkbox"/> Bình thường <i>Sleep</i> <input type="checkbox"/> Thuốc đã sử dụng..... <i>Medication used</i>	<i>None</i> <input type="checkbox"/> Cần hỗ trợ khi đi vệ sinh <i>Assisted to the toilet</i> <input type="checkbox"/> Bô dùng tại giường <i>Bedpan/urine bottle</i> <input type="checkbox"/> Tự làm <i>Independent</i> <input type="checkbox"/> Phụ thuộc về tư thế <i>Depend on position</i> <input type="checkbox"/> Tự xoay trở <i>Independent</i> <input type="checkbox"/> Tự đi <i>Independent</i> <input type="checkbox"/> Thức sớm <i>Awake early</i>	<i>Upper</i> <input type="checkbox"/> Cần hỗ trợ trên ghế dùng để tiểu tiện trong phòng <i>Assisted on the commode</i> <input type="checkbox"/> Ống thông tiểu đặt ngoài bàng quang <i>Urinary condom</i> <input type="checkbox"/> Cần hỗ trợ <i>With assistance</i> <input type="checkbox"/> Phụ thuộc về ăn uống <i>Dependent to eat</i> <input type="checkbox"/> Không tự xoay trở <i>Does not turn independently</i> <input type="checkbox"/> Liệt giường <i>Bedfast</i> <input type="checkbox"/> Khó ngủ <i>Problem to fall asleep</i>	<i>Partial</i> <input type="checkbox"/> Cho ăn qua ống <i>NG tube/Gastrostomy</i> <input type="checkbox"/> Cần hỗ trợ (ghi rõ)..... <i>Need assistance (specify)</i> <input type="checkbox"/> Khó ngủ say <i>Problem to sleep through</i>
--	--	---	---

12. Đánh giá nguy cơ té ngã sử dụng Bảng Morse Scale/ <i>High risk of fall assessment using Morse Scale</i>	
Tình trạng/ <i>Variable</i>	Điểm/ <i>Score</i>
Tiền sử bị ngã/ <i>History of falling:</i> <input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> = 25 <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i> = 0	
Có từ 2 bệnh lý trở lên/ <i>Secondary diagnosis:</i> <input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> = 15 <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i> = 0	
Khả năng di chuyển/ <i>Ambulatory Aids:</i> <input type="checkbox"/> Sử dụng vật dụng hỗ trợ = 30 <i>Furniture</i> <input type="checkbox"/> Nặng, thiết bị hỗ trợ đi lại = 15 <i>Crutches, cane walker</i> <input type="checkbox"/> Không di chuyển, nằm tại giường, điều dưỡng hỗ trợ = 0 <i>None, bedrest, wheelchair, nurse assist</i>	
Liệu pháp tiêm tĩnh mạch/ có khóa heparin/ <i>Intravenous therapy/heparin locked</i> <input type="checkbox"/> Có/ <i>Yes</i> = 20 <input type="checkbox"/> Không/ <i>No</i> = 0	
Dáng đi/di chuyển/ <i>Gait/ transferring:</i> <input type="checkbox"/> Suy yếu/ <i>Impaired</i> = 20 <input type="checkbox"/> Yếu/ <i>Weak</i> = 10 <input type="checkbox"/> Bình thường, nằm tại giường/ <i>Normal, bedrest</i> = 0	
Trạng thái tâm thần/ <i>Mental status:</i> <input type="checkbox"/> Hiểu được giới hạn bản thân = 0 <i>Understands limitations</i> <input type="checkbox"/> Không hiểu được giới hạn bản thân = 15 <i>Does not understand limitation</i>	
	Tổng điểm <i>Total score</i>
0-24: Nguy cơ thấp/ <i>Low risk</i> 25-44: Nguy cơ trung bình/ <i>Medium risk</i> 45+: Nguy cơ cao/ <i>High risk</i>	

D. KẾ HOẠCH XUẤT VIỆN (HOÀN TẤT TRONG VÒNG 24 GIỜ SAU KHI NHẬP VIỆN) <i>DISCHARGE PLAN (TO BE COMPLETED WITHIN 24HOURS OF ADMISSION)</i>		
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. <i>Reassess and inform if patient's condition changes. If there is " Yes" refer to the respective unit. In doubt, discuss with doctor in charge</i>		
Nhiều chuyên khoa cùng tham gia điều trị <i>Multidisciplinary team involvement</i>	Có <i>Yes</i>	Không <i>No</i>
Yêu cầu thiết bị y tế, máy tạo oxy và dịch vụ giúp đỡ chăm sóc tại nhà <i>Requires medical equipment, oxygen concentrator and home care help services</i>		
Yêu cầu theo dõi điều trị <i>Requires follow-up care</i>		
Các trường hợp tự tử (cần hội chẩn khẩn cấp) <i>Suicidal cases (Urgent referral)</i>		

Sống một mình với tình trạng suy giảm chức năng và không được chăm sóc điều trị hay hỗ trợ từ gia đình

Lives alone with reduced functional status and no other care giver or family support

Mời bác sĩ vật lý trị liệu hội chẩn (nếu có, báo bác sĩ)

Referral to Physiotherapist (if yes, inform Doctor)

Mời chuyên gia ngôn ngữ trị liệu hội chẩn (nếu có, báo bác sĩ)

Referral to speech therapist (if yes, inform doctor)

Giới thiệu đến chuyên gia dinh dưỡng

Referral to Dietician

Giới thiệu đến chuyên gia tâm lý

Referral to Psychologist

Yêu cầu chuyển đến bệnh viện khác

Requires referral to other hospital

Người nhà hỗ trợ tại nhà

Support system at home

Người bệnh yêu cầu phương tiện vận chuyển về nhà

Will patient require transportation arrangements to go home

Cầu thang bộ tại nhà

Stairs to climb at home

E. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VỀ NHỮNG TIỆN NGHI TRONG PHÒNG VÀ CÁC DỊCH VỤ (HOÀN TẤT TRONG VÒNG 4 GIỜ SAU KHI NHẬP VIỆN).

PATIENT ORIENTATION TO ROOM FACILITIES AND SERVICES (TO BE COMPLETED WITHIN 4 HOURS OF ADMISSION)

Hướng dẫn: ☐ Người bệnh ☐ Thân nhân ☐ khác (ghi rõ) ☐ Không áp dụng
Orientation provided to Patient Relative Others Not applicable

1. Nhân viên lâu trại

Ward personnel

☐ Giới thiệu với điều dưỡng phụ trách và nhân viên khác

Introduction to Nurse in charge and other staffs

☐ Giới thiệu với người bệnh khác (trường hợp phòng đôi)

Introduction to other patient (in case of double beds)

2. Tiện nghi vật chất

Physical facilities

☐ Vị trí lâu trại và giường

Ward and bed location

☐ Phòng tắm/toilet

Bathroom/toilet

☐ Sử dụng TV

Use of TV

☐ Sử dụng điện thoại

Use of telephone

☐ Hệ thống gọi điều dưỡng

Nurse call system

☐ Trạm điều dưỡng và quầy chính

Nurse station and main counter

3. Chính sách và quy trình

Policies and procedure

☐ Khách thăm bệnh, giờ thăm

Visitors and visiting hours

☐ Phiếu ở lại đêm

Over-night pass

☐ Mặc đồ ở nhà

Wearing of home clothes

☐ Dịch vụ ăn uống

Meal service

☐ Quy trình trước và sau phẫu thuật nếu có

Pre-and postoperative procedures (if applicable)

☐ Số liên lạc với lâu trại

Ward contact number

4. Biện pháp an toàn

Safety precautions

☐ Vị trí cửa thoát hiểm

Location of fire exits

☐ Biện pháp phòng ngừa té ngã

Fall precaution

☐ Sử dụng vòng đeo tay nhận diện

Use of identification wrist band

☐ Nguy cơ cháy-Không hút thuốc trong phạm vi bệnh viện

Fire hazard- No smoking within the hospital

5. Tư trang/ vật dụng cá nhân

Valuables/Belongings

Răng giá:

☐ Không ☐ có

☐ Người bệnh giữ

☐ Thân nhân giữ

ghi rõ: ☐ Hàm trên ☐ Hàm dưới ☐ Từng phần

Dentures	No	Yes	With patient	With relative	Specify: Upper	Lower	Partial
Máy trợ thính: <i>Hearing aid</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Người bệnh giữ <i>With patient</i>	<input type="checkbox"/> Thân nhân giữ. <i>With relative</i>	ghi rõ: <i>specify:</i>	<input type="checkbox"/> trái <i>left</i>	<input type="checkbox"/> phải <i>right</i>
Mắt kính: <i>Eye glasses</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Người bệnh giữ <i>With patient</i>	<input type="checkbox"/> Thân nhân giữ <i>With relative</i>			
Kính sát trùng: <i>Contact lenses</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Có <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Người bệnh giữ <i>With patient</i>	<input type="checkbox"/> Thân nhân giữ <i>With relative</i>			
Tiền mặt/nữ trang: <i>Cash/Jewelry</i>	<input type="checkbox"/> Không <i>No</i>		<input type="checkbox"/> Có <i>Yes</i>		<input type="checkbox"/> Người bệnh giữ <i>With patient</i>		
			<input type="checkbox"/> Thân nhân giữ <i>With relative</i>		<input type="checkbox"/> Trong két an toàn của bệnh viện <i>In the safety box</i>		
Khác (ghi rõ):..... <i>Other (specify)</i>							
Thân nhân: <i>Relative</i>		Quan hệ:..... <i>Relationship</i>		Tên:..... <i>Name</i>		Chữ ký:..... <i>Signature</i>	
Khai báo: <i>Declaration</i>							
Tôi tên là:hiểu rõ rằng nếu Tôi và/người bệnh muốn giữ bên mình bất cứ đồ vật nào có giá trị <i>I am understand that if and /the patient choose to keep any valuables</i> 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 <i>or cash with me/him/her during hospitalization. I shall not hold AIH (the hospital) responsible in any way whatsoever in</i> tổn nào cho những vật có giá trị/tiền mặt này cho bệnh viện quốc tế Mỹ. <i>the event of loss or damage to the valuable/cash.</i> Hướng dẫn và khai báo <i>Orientation and Declaration</i>							
Người xác nhận <i>Acknowledged by:</i>		Tên:..... <i>Name</i>		Ký tên:..... <i>Signature</i>		Ngày___/___/20___ ; Giờ ___ : ___ <i>Date Time</i>	
Người làm chứng <i>Witnessed by</i>		Tên:..... <i>Name</i>		Ký tên:..... <i>Signature</i>		Ngày___/___/20___ ; Giờ ___ : ___ <i>Date Time</i>	

E. KẾ HOẠCH XUẤT VIỆN- ĐÁNH GIÁ LẠI/ *DISCHARGE PLANNING - REASSESSMENT*

F. QUẢN LÝ XUẤT VIỆN (HOÀN THÀNH SỚM NHẤT CÓ THỂ TRONG NGÀY NHẬP VIỆN)
DISCHARGE MANAGEMENT (TO BE DONE AS EARLY AT THE DAY OF ADMISSION)

Điều dưỡng đánh giá ban đầu <i>Initial assessment nurse</i> (Họ tên, chữ ký, MSNV/ <i>Name, signature & ID</i>)	Điều dưỡng đánh giá lại <i>Re-assessment nurse</i> (Họ tên, chữ ký, MSNV/ <i>Name, signature & ID</i>)
Ngày/ <i>Date</i> ___ / ___ / 20___ Giờ/ <i>Time</i> ___ : ___	Ngày/ <i>Date</i> ___ / ___ / 20___ Giờ/ <i>Time</i> ___ : ___