WISEWOMAN

ĐÁNH GIÁ THEO DÕI TIẾP

COLORADO
Department of Public Health & Environment

AGENCY OR SITE	CHART #	Follow-up Assessment ___/___/_____	eCaST ID
LAST NAME	FIRST NAME	DATE OF BIRTH	

CLINICIAN INSTRUCTIONS: Please fill in each part below. (This FORM is to be filled out 4 WEEKS AFTER HEALTH COACHING/DPP COMPLETION)

CHOLESTEROL

Quý vị có mức **cholesterol cao không**? ☐ Có ☐ Không ☐ KB*

- Quý vị có dùng thuốc để giảm mức **cholesterol** không?..... ☐ Có ☐ Không ☐ KB*
- Nếu Có, trong 7 ngày vừa qua (tính cả ngày hôm nay), quý vị dùng thuốc kê toa để hạ mức **cholesterol** trong bao nhiêu ngày?..... _____ Ngày
- Nếu Không, có phải là quý vị không thể có được thuốc theo toa để hạ mức **cholesterol** không?..... ☐ Có ☐ Không

**Không biết — Không biết/Không biết chắc*

CHỨNG CAO MÁU

Quý vị có mắc chứng **cao máu (huyết áp cao)** không?..... ☐ Có ☐ Không ☐ KB*

- Quý vị có dùng thuốc để giảm **huyết áp** không?..... ☐ Có ☐ Không ☐ KB*
  - Nếu Có, trong 7 ngày vừa qua, quý vị dùng thuốc theo toa (kể cả thuốc lợi tiểu) để hạ **huyết áp** trong bao nhiêu ngày?..... _____ Ngày
  - Nếu Không, có phải là quý vị không thể có được thuốc theo toa để hạ **huyết áp** của quý vị không? ☐ Có ☐ Không
- Quý vị có đo **huyết áp** ở nhà hoặc dùng các nguồn đo khác không?..... ☐ Có ☐ Không ☐ KB*
  - Nếu Không, cho biết lý do:
    - ☐ Không bao giờ được cho biết là cần phải đo huyết áp
    - ☐ Không biết cách đo huyết áp
    - ☐ Không có đồ đo huyết áp
  - Nếu Có, Quý vị thường xuyên đo **huyết áp** ở nhà hoặc sử dụng các nguồn đo khác thường xuyên như thế nào?
    - ☐ Nhiều lần một ngày ☐ Hàng ngày ☐ Vài lần một tuần ☐ Hàng tuần ☐ Hàng tháng ☐ Không biết*
  - Quý vị có thường chia sẻ kết quả đo **huyết áp** với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để được tư vấn không?..... ☐ Có ☐ Không ☐ KB*

**Không biết — Không biết/Không biết chắc*

BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

Quý vị có mắc bệnh **Tiểu Đường** không? (Loại 1 hoặc Loại 2)..... ☐ Có ☐ Không ☐ KB*

- Quý vị có đang dùng thuốc để hạ mức **đường huyết (hoặc chữa bệnh tiểu đường)** không? ☐ Có ☐ Không ☐ KB*
- Nếu Có, trong 7 ngày vừa qua (tính cả ngày hôm nay), quý vị dùng thuốc theo toa để hạ mức **đường huyết (để chữa bệnh tiểu đường)** trong bao nhiêu ngày?..... _____ Ngày
- Nếu Không, có phải là quý vị không thể có được thuốc theo toa để hạ mức **đường huyết** của quý vị không?..... ☐ Có ☐ Không

**Không biết — Không biết/Không biết chắc*

NHỒI MÁU CƠ TIM

Quý vị có được bác sĩ chuẩn đoán là mắc bất kỳ chứng bệnh nào sau đây không: bệnh vành tim/đau ngực, nhồi máu cơ tim, suy tim, đột quỵ/cơn thiếu máu cục bộ nhất thời (TIA), bệnh về mạch, hoặc khuyết tật tim bẩm sinh?..... ☐ Có ☐ Không ☐ KB*

**Không biết — Không biết/Không biết chắc*

WISEWOMAN

ĐÁNH GIÁ THEO DÕI TIẾP — TRANG 2

COLORADO
Department of Public Health & Environment

AGENCY OR SITE	CHART #	Follow-up Assessment ___/___/_____	eCaST ID
LAST NAME	FIRST NAME	DATE OF BIRTH	

HƯỚNG DẪN DÀNH CHO Y TÁ/BÁC SĨ: Vui lòng điền từng phần ở dưới. (Cần phải điền MẪU GIẤY TỜ này 4 TUẦN SAU BUỔI HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC SỨC KHỎE/THỰC HIỆN DPP)

ĂN UỐNG VÀ HOẠT ĐỘNG THỂ CHẤT

Bình thường một ngày quý vị ăn bao nhiêu **trái cây**?..... _____ Chén

Bình thường một ngày quý vị ăn bao nhiêu **rau**?..... _____ Chén

Quý vị có ăn ít nhất 2 **khẩu phần cá** một tuần không?..... ☐ Có ☐ Không

Quý vị có ăn ít nhất 3 ounces **ngũ cốc nguyên hạt** hàng ngày không ?..... ☐ Có ☐ Không

Quý vị có uống chưa đến 36 ounces (450 calories) **đồ uống có thêm đường** hàng tuần không?. ☐ Có ☐ Không

Quý vị hiện có đang theo dõi hoặc giảm lượng **sodium** hoặc **muối** mà quý vị dùng không?..... ☐ Có ☐ Không

Quý vị **hoạt động thể chất vừa phải** ở mức độ nào trong một tuần?..... _____ Phút

Quý vị **hoạt động thể chất mạnh** ở mức độ nào trong một tuần?..... _____ Phút

HÚT THUỐC

Quý vị có **hút thuốc** không? Bao gồm thuốc lá điếu, ống tẩu, hoặc xì gà (bất kỳ dạng thuốc lá hút nào)

☐ Hiện đang hút thuốc ☐ Đã bỏ thuốc (1-12 tháng) ☐ Đã bỏ thuốc (hơn 12 tháng) ☐ Không bao giờ hút thuốc

Trung bình quý vị ở trong phòng hoặc xe **với người khác đang hút thuốc** khoảng bao nhiêu giờ một ngày?

____ Giờ ☐ Chưa tới một giờ ☐ Không có

- Đã **thực hiện hoạt động cai thuốc lá**

☐ Có—Đã cai thuốc lá ☐ Không—Cai thuốc lá một phần

☐ Không—Từ chối cai thuốc lá ☐ Không—Không thể cố gắng cai thuốc lá

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

Nghĩ về **sức khỏe thể chất** của quý vị, bao gồm bệnh tật và thương tích cơ thể, trong 30 ngày vừa qua **sức khỏe thể chất** của quý vị không được tốt trong bao nhiêu ngày?..... _____ Ngày ☐ KB*

Nghĩ về **sức khỏe tâm thần** của quý vị, bao gồm tâm trạng căng thẳng, trầm cảm, và các vấn đề về cảm xúc, trong 30 ngày vừa qua **sức khỏe tâm thần** của quý vị không được tốt trong bao nhiêu ngày?…….. _____ Ngày ☐ KB*

Trong 30 ngày vừa qua, khoảng bao nhiêu ngày **sức khỏe thể chất** hoặc **sức khỏe tâm thần** kém khiến quý vị không thể thực hiện các **hoạt động thông thường** của quý vị, chẳng hạn như **chăm sóc bản thân**, **làm việc**, hoặc **giải trí**?……. _____ Ngày ☐ KB*

**Không biết — Không biết/Không biết chắc*