



Con Dấu Ghi Danh của Bệnh Nhân

BAN Y KHOA GIA ĐÌNH  
VÀ SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG

## TẬP HỒ SƠ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE TRƯỚC KHI ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN

### ĐỂ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG ĐAU MÃN TÍNH

Ban Y Khoa Gia Đình và Sức Khỏe Cộng Đồng

Tên của Quý Vị: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tất cả các bệnh nhân cần giúp kiểm soát cơn đau mãn tính đều được đề nghị điền một số tài liệu tự đánh giá.

Việc điền các tài liệu này là hoàn toàn tự nguyện. Nhưng các tài liệu này sẽ rất hữu ích cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính của quý vị để giúp họ cùng với quý vị ra các quyết định tốt nhất về việc chăm sóc cơn đau cho quý vị.

Các tài liệu này sẽ nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chúng tôi cung cấp cho các bệnh nhân trải qua cơn đau.

Xin điền các bản câu hỏi này thật cẩn thận. Nhân viên chăm sóc chính của quý vị sẽ xem lại các câu hỏi này cùng với quý vị trong buổi khám mỗi năm một lần.

Một số câu hỏi sẽ được lặp lại tại mỗi buổi khám, ví dụ như mức độ sinh hoạt và mức độ đau hiện tại của quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, xin đừng ngần ngại hỏi các y tá hoặc nhân viên phòng mạch trong khi quý vị điền các mẫu đơn đó.

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

### BRIEF PAIN INVENTORY (SHORT FORM)© 1991

Charles S. Cleeland/Nhóm Nghiên Cứu về Cơ Đau – Được Sử Dụng theo Sự Cho Phép.

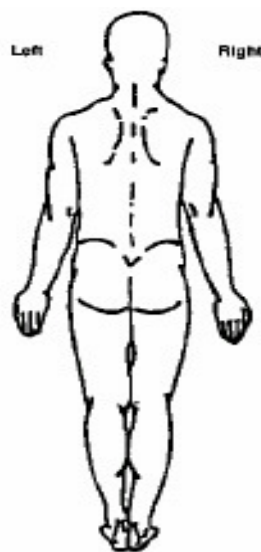
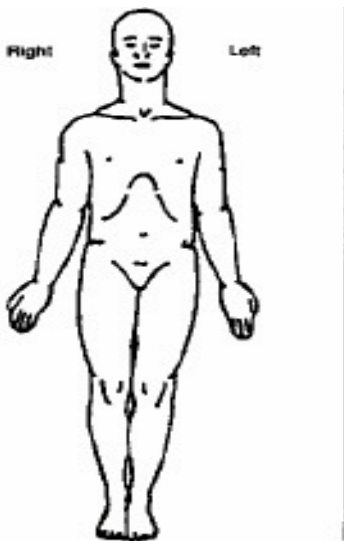
1. Trong suốt cuộc đời, phần lớn chúng ta đôi khi có cơn đau (ví dụ như đau đầu nhẹ, bong gân và đau răng). Hôm nay, quý vị có cơn đau nào khác với các loại cơn đau thông thường này hay không?

CÓ  KHÔNG

2. Trong biểu đồ, hãy cho biết các vùng mà quý vị cảm thấy đau. Hãy đánh dấu "X" vào vùng gây đau nhất.

MẶT TRƯỚC

MẶT SAU



Right= Bên phải Left=Bên trái

3. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách đánh dấu vào ô bên cạnh chữ số mô tả đúng nhất tình trạng đau **tệ nhất** của quý vị trong 24 giờ qua.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Không

Đau Tới Mức

Đau

Không Thể Tưởng Tượng Được

4. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách đánh dấu vào ô bên cạnh chữ số mô tả đúng nhất tình trạng đau **vừa phải** của quý vị.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Không

Đau Tới Mức

Đau

Không Thể Tưởng Tượng Được

5. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách đánh dấu vào ô bên cạnh chữ số mô tả tình trạng đau của quý vị nhiều như thế nào **ngay lúc này**.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Không

Đau Tới Mức

Đau

Không Thể Tưởng Tượng Được

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

6. Xin vui lòng đánh giá mức độ đau của quý vị bằng cách đánh dấu vào ô bên cạnh chữ số mô tả đúng nhất tình trạng đau **nhẹ nhất** của quý vị trong 24 giờ qua.

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Không Đau									Đau Tới Mức	
Không Thể Tưởng Tượng Được										

7. Trong 24 giờ qua, phương thức điều trị cơn đau hoặc thuốc giảm đau đã giúp quý vị giảm bớt cơn đau nhiều ở mức độ như thế nào? Xin đánh dấu vào ô ở dưới mức phần trăm cho biết chính xác nhất mức độ **giảm đau** mà quý vị đã nhận được?

<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 100%
Không Giảm Đau										Hoàn Toàn Giảm Đau

8. Hãy đánh dấu vào ô bên cạnh chữ số mô tả cơn đau đã gây trở ngại như thế nào trong 24 giờ trước thông qua:

A. Sinh hoạt thông thường của quý vị	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Không Gây Trở Ngại											Gây Trở Ngại Hoàn Toàn
<hr/>											
B. Tinh thần của quý vị	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Không Gây Trở Ngại											Gây Trở Ngại Hoàn Toàn
<hr/>											
C. Khả năng đi lại của quý vị	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Không Gây Trở Ngại											Gây Trở Ngại Hoàn Toàn
<hr/>											
D. Công việc bình thường (kể cả công việc bên ngoài nhà và việc nhà)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Không Gây Trở Ngại											Gây Trở Ngại Hoàn Toàn
<hr/>											
E. Các mối quan hệ với những người khác	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Không Gây Trở Ngại											Gây Trở Ngại Hoàn Toàn
<hr/>											
F. Giấc ngủ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Không Gây Trở Ngại											Gây Trở Ngại Hoàn Toàn

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG:

MEAN of items #3, 4, 5= \_\_\_\_\_ X 100= \_\_\_\_\_ BPI TOTAL PAIN SCORE

MEAN of #8 A, D, E= \_\_\_\_\_ X100= \_\_\_\_\_ BPI TOTAL FUNCTIONAL SCORE

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

**BẢN CÂU HỎI DÀNH CHO BỆNH NHÂN - PHQ-9**  
Danh Sách Đánh Dấu Chín Triệu Chứng

1. Trong 2 tuần vừa qua, bất kỳ vấn đề nào sau đây đã gây rắc rối cho quý vị thường xuyên như thế nào?

	Hoàn toàn không	Vài ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như hàng ngày
	0	1	2	3
a. Ít quan tâm hoặc hứng thú làm mọi việc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cảm giác buồn chán, trầm cảm hoặc tuyệt vọng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Khó ngủ, khó duy trì giấc ngủ, ngủ quá nhiều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cảm thấy mệt mỏi hoặc có ít sức lực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Chán ăn hoặc ăn quá nhiều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cảm thấy bản thân tồi tệ — hoặc quý vị cảm thấy luôn thất bại hoặc gây phiền muộn cho chính bản thân hoặc gia đình mình	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Khó tập trung chú ý tới mọi việc, ví dụ như đọc báo hoặc coi TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Di chuyển hoặc nói chậm tới mức những người khác có thể nhận thấy được. Hoặc ngược lại - trở nên bồn chồn hoặc bất an tới mức quý vị vận động nhiều hơn so với bình thường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Có những suy nghĩ là thà quý vị chết đi còn tốt hơn hoặc tự làm tổn thương tới mình theo cách nào đó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Trong 2 năm vừa qua, có bao giờ quý vị thấy trầm cảm hoặc buồn trong hầu hết mọi ngày, ngay cả những lúc quý vị cảm thấy ổn không?

Có  Không

3. Nếu quý vị đã đánh dấu vào bất kỳ vấn đề nào trong bản câu hỏi này, các vấn đề này đã gây khó khăn cho quý vị như thế nào trong công việc, giải quyết việc nhà hoặc tiếp xúc với những người khác?

Hoàn toàn không khó khăn      Khó Khăn Đỗi Chút      Rất Khó Khăn      Khó Khăn Vô Cùng

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG: \_\_\_\_\_ Total score

BẢN CÂU HỎI NÀY CÓ THỂ ĐƯỢC SAO CHỤP ĐỂ SỬ DỤNG TRONG PHÒNG MẠCH CỦA BÁC SĨ - Bản Quyền Pfizer

<b>SỬ DỤNG THỨC UỐNG CÓ RƯỢU (BẢN KIỂM TOÁN)—Xin vui lòng khoanh tròn vào câu trả lời của quý vị đối với mỗi câu hỏi.</b>					
Quý vị uống rượu bia thường xuyên như thế nào?	(0) Không bao giờ	(1) Hàng tháng	(2) 2-4 lần một tháng	(3) 2-3 lần một tuần	(4) 4 lần một tuần hoặc nhiều hơn
Bình thường trong một ngày, quý vị uống bao nhiêu ly rượu bia?	(0) 1-2	(1) 3 hoặc 4	(2) 5 hoặc 6	(3) 7 tới 9	(4) 10 hoặc nhiều hơn
Có bao nhiêu lần quý vị uống ít nhất sáu ly rượu bia trong một dịp nào đó?	(0) Không bao giờ	(1) Ít hơn mỗi tháng một lần	(2) Hàng tháng	(3) Hàng tuần	(4) Hàng ngày hoặc gần như là hàng ngày
Bao nhiêu lần trong năm vừa qua, quý vị thấy mình không thể ngừng uống rượu bia được một khi đã bắt đầu?	(0) Không bao giờ	(1) Ít hơn mỗi tháng một lần	(2) Hàng tháng	(3) Hàng tuần	(4) Hàng ngày hoặc gần như là hàng ngày
Bao nhiêu lần trong năm vừa qua, quý vị không làm được những gì mà quý vị vẫn thường làm do uống rượu bia?	(0) Không bao giờ	(1) Ít hơn mỗi tháng một lần	(2) Hàng tháng	(3) Hàng tuần	(4) Hàng ngày hoặc gần như là hàng ngày
Bao nhiêu lần trong năm vừa qua, quý vị phải bắt đầu một ngày bằng cách uống một ly rượu bia đầu tiên vào buổi sáng sau khi đã uống quá nhiều đêm trước?	(0) Không bao giờ	(1) Ít hơn mỗi tháng một lần	(2) Hàng tháng	(3) Hàng tuần	(4) Hàng ngày hoặc gần như là hàng ngày
Bao nhiêu lần trong năm vừa qua, quý vị không thể nhớ những gì đã xảy ra vào buổi tối hôm trước do uống rượu bia?	(0) Không bao giờ	(1) Ít hơn mỗi tháng một lần	(2) Hàng tháng	(3) Hàng tuần	(4) Hàng ngày hoặc gần như là hàng ngày
Có khi nào quý vị hoặc người khác đã bị thương tích do quý vị uống rượu bia hay không?	(0) KHÔNG	(2) CÓ, nhưng không phải là trong năm ngoái	(4) CÓ, trong năm ngoái		
Có khi nào bạn bè, người thân, bác sĩ hoặc nhân viên y tế khác có lo ngại về việc quý vị uống rượu bia hoặc gợi ý khuyên quý vị giảm bớt mức độ uống không?	(0) KHÔNG	(2) CÓ, nhưng không phải là trong năm ngoái	(4) CÓ, trong năm ngoái		
<b>DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG : Total Score _____</b>					

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

<b>TIỂU SỬ VỀ TỒN THƯƠNG TRONG QUAN HỆ VỚI NGƯỜI KHÁC</b>	Không bao giờ	Đôi khi	Thường xuyên	Rất thường xuyên
1. Khi tôi còn nhỏ, mọi người trong gia đình tôi đánh tôi mạnh tới mức, tôi có các vết bầm tím hoặc sẹo	1	2	3	4
2. Khi tôi còn nhỏ, có người đã tìm cách đung chim gõ dục với tôi hoặc tìm cách để tôi đung chim vào họ.	1	2	3	4
3. Quý vị đã bao giờ có mối quan hệ với người bạn tình đã xô đẩy hoặc tát quý vị không?	CÓ		KHÔNG	
4. Quý vị có bao giờ có mối quan hệ với người bạn tình đã đe dọa quý vị bằng vũ lực không?	CÓ		KHÔNG	
5. Quý vị có bao giờ có mối quan hệ với người bạn tình đã ném, làm vỡ hoặc đập phá đồ vật không?	CÓ		KHÔNG	
<b>DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG: Total Score Item 1 &amp; 2: _____</b>				

<b>Các vấn đề về việc dùng thuốc hoặc các loại ma túy khác-Bản Câu Hỏi DAST</b> <i>Các câu hỏi này liên quan tới 12 tháng vừa qua</i>		
Quý vị có bao giờ dùng các loại ma túy hoặc thuốc theo toa mà không phải vì các lý do y tế không?	CÓ	KHÔNG
Quý vị có bao giờ sử dụng hơn một loại thuốc hoặc ma túy cùng một lúc không?	CÓ	KHÔNG
Có khi nào quý vị muốn ngừng dùng thuốc hoặc ma túy mà không được không?	CÓ	KHÔNG
Quý vị có bao giờ bị ngất hoặc thấy lại các ảo giác do ảnh hưởng của ma túy ( <i>flashback</i> ) do dùng thuốc hoặc chất ma túy không?	CÓ	KHÔNG
Quý vị có bao giờ cảm thấy tội tệ hoặc ân hận về việc dùng thuốc hoặc chất ma túy của mình không?	CÓ	KHÔNG
Người thân hoặc bạn bè có bao giờ phàn nàn về việc quý vị dùng các loại thuốc hoặc chất ma túy không?	CÓ	KHÔNG
Quý vị có bao giờ bỏ bê gia đình mình do dùng các loại thuốc hoặc chất ma túy không?	CÓ	KHÔNG
Quý vị có bao giờ dính líu tới những hoạt động bất hợp pháp để có được các loại thuốc hoặc chất ma túy không?	CÓ	KHÔNG
Quý vị có bao giờ gặp những triệu chứng của người cai nghiện (cảm thấy bệnh hoạn) khi ngừng dùng các loại thuốc hoặc chất ma túy không?	CÓ	KHÔNG
Quý vị có bao giờ gặp những vấn đề về y tế do dùng thuốc hoặc chất ma túy không (ví dụ như mất trí nhớ, viêm gan, tai biến)?	CÓ	KHÔNG
<b>CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG: Total score: _____</b>		

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

### Đề Ra Mục Tiêu

Hãy nghĩ về một lần khi quý vị có khả năng làm được những việc mà mình yêu thích. Những việc mà quý vị muốn có thể làm lại nếu quý vị bớt đau hơn là việc gì? (ví dụ như: tập thể dục, làm vườn, lau chùi nhà cửa, tìm việc làm, chơi với cháu, vuốt ve hoặc có quan hệ tốt hơn với người phối ngẫu/bạn tình)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### Đề Ra Mục Tiêu

Hãy liệt kê ba bước mà quý vị có thể thực hiện để làm **một** trong những việc mà mình đã từng phải từ bỏ do cơn đau:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Có những trở ngại nào mà quý vị sẽ phải vượt qua để thực hiện các mục tiêu của mình? (ví dụ như thời gian, tiền bạc, ảnh hưởng của bạn bè/gia đình, thái độ)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_