

## Hệ Thống Y Tế Franciscan - Kiểm Tra Tầm Soát Rủi Ro Trước Phẫu Thuật

(Cập nhật mới nhất: Ngày 13 tháng 2 năm 2018)

**Mục tiêu:** Mục tiêu của biểu mẫu này là thông báo rõ ràng cho bệnh nhân có tiền sử y khoa rằng có thể có rủi ro trong khi gây mê. **Tất cả các bệnh nhân yêu cầu đặt hẹn Trước Khi Tiếp Nhận. Yêu cầu đặt hẹn trực tiếp Trước Khi Tiếp Nhận nếu bất kỳ câu trả lời "có" nào được đánh dấu trong mẫu hoặc nếu Văn Phòng Bác Sĩ Phẫu Thuật chỉ định trong phần "Ghi Chú".** Vui lòng không bỏ trống bất kỳ phần nào trong biểu mẫu.

Tên của bệnh nhân:

Ngày sinh:

Số điện thoại liên lạc của bệnh nhân

Nhà:

Di động:

Khác:

Bác sĩ phẫu thuật:

Ngày phẫu thuật:

Bác sĩ chăm sóc chính:

Cần thông dịch viên?  Có  Không Nếu có, Loại ngôn ngữ:

**PHẦN NÀY CHỈ DÀNH CHO BỆNH NHÂN ĐỤC THỦY TINH THỂ.** Bệnh nhân đục thủy tinh thể: Hoàn tất phần này nếu quý vị được thực hiện thủ thuật đục thủy tinh thể trước đây trong vòng 60 ngày qua:

Có  Không  Không thích hợp: Quý vị có phát triển các triệu chứng mới hoặc các triệu chứng trở nên tệ hơn trong tháng qua cho thấy rằng quý vị không còn ở tình trạng sức khỏe tương tự như khi quý vị được thực hiện thủ thuật lần đầu không? (Nếu Có, điền đầy đủ vào phần còn lại trong biểu mẫu này và chuyển fax đến FHS Trước Khi Tiếp Nhận như được hướng dẫn. Nếu Không, không yêu cầu phải hoàn tất Mẫu Kiểm Tra Tầm Soát Rủi Ro Trước Phẫu Thuật này và đặt hẹn Tầm Soát Trước liên quan.)

Có  Không: Quý vị, là bệnh nhân, có đang ở trong Cơ Sở Điều Dưỡng, Nhà Tập Thể Hưu Trí, hoặc Cơ Sở Y Tế không? (Yêu cầu **CẦN** đặt hẹn kiểm tra tầm soát qua điện thoại.)

Nếu có, tên của Cơ Sở:

Địa điểm:

Số điện thoại:

### BỆNH TIM:

- Có  Không: Cuộc phẫu thuật sẽ được xếp lịch có liên quan đến bệnh tim không?
- Có  Không: Quý vị có trải qua hoặc được điều trị đau ngực không? Nếu có, khi nào? (năm)
- Có  Không: Quý vị có từng bị đau tim (MI) không? Nếu có, khi nào
- Có  Không: Quý vị có được đặt (các) ống dẫn thông tim không?
- Có  Không: Quý vị có triệu chứng rung tâm nhĩ (AFIB) hay bất kỳ loại nhịp tim bất thường nào không?
- Có  Không: Quý vị có Máy điều hòa nhịp tim / Máy khử rung / Thiết bị được cấy ghép không?
- Có  Không: Quý vị có được chẩn đoán là suy tim sung huyết hay van tim bất thường và các triệu chứng trở nên tệ hơn kể từ khi chẩn đoán không?
- Có  Không: Quý vị có tiền sử CVA/Đột quy/TIA không?
- Có  Không: Quý vị có bác sĩ chuyên khoa tim không? Nếu có, ai?

### THUỐC LÀM LOÃNG MÁU

Có  Không: Quý vị có sử dụng thuốc làm loãng máu không? Coumadin (warfarin), Plavix (clopidogrel), Brilinta (ticagrelor), Efflent (prasugrel), Ticlid (ticlodipine), Pradaxa (dabigatran), Xarelto (rivaroxiban), Bevvixa (betrixaban), Savaysa (edoxaban)

Bác sĩ kê toa:

Có  Không: Quý vị có uống aspirin không?

### PHỔI

- Có  Không: Quý vị có được chẩn đoán là khí thũng, COPD (bệnh phổi mãn tính), hay suyễn không?
- Có  Không: Nếu quý vị bị suyễn, quý vị có tích cực điều trị trong năm qua, nghĩa là sử dụng ống hít, v.v. không?
- Có  Không: Quý vị có sử dụng khí ôxy ở nhà không?
- Có  Không: Quý vị có từng trải qua, hoặc được điều trị, chứng khó thở không?

### GÂY Mê

- Có  Không: Quý vị có được cho biết rằng khó có thể đặt ống thở (luồn ống) vào quý vị để chuẩn bị phẫu thuật không?
- Có  Không: Quý vị hoặc người thân có từng được chẩn đoán là sốt cao ác tính không?
- Có  Không: Quý vị hoặc người thân có từng trải qua phản ứng NGHIÊM TRỌNG với tình trạng gây mê hoặc được cho biết là không mê không?

### TIỀN SỬ BỆNH LÝ

- Có  Không: Quý vị có mắc bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin không?
- Có  Không: Quý vị có tiền sử bệnh thận hay suy thận không?  
Nếu có, quý vị có được thẩm tách không?  Có  Không
- Có  Không: Quý vị có tham gia chương trình KHÔNG MÁU/ KHÔNG TRUYỀN MÁU không?
- Có  Không: Quý vị có từng trải qua, hoặc được điều trị, chứng khó thở không?

Ghi chú/Thông tin thêm: