TL 2.2.2

CÂU LẠC BỘ LIÊN THẾ HỆ TỰ GIÚP NHAU

TÊN CLB: .....

THÔN/TỔ: .....

XÃ/PHƯỜNG: .....

QUẬN/HUYỆN: .....

SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE CÁ NHÂN

Họ và tên: .....

Năm sinh: ..... Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ: .....

.....

Số thẻ BHYT.: .....

Là thành viên CLB LTH TGN? ☐ Có ☐ Không

Họ và tên TNV phụ trách: .....

Điện thoại: .....

Năm: 20...

PHẦN A.
TÓM TẮT KẾT QUẢ SÀNG LỌC
TẠI CLB LTHTGN
(ghi chép bởi TNV sức khỏe)

Lần sàng lọc đầu tiên

Ngày sàng lọc: .....

Nội dung	Kết quả
Đã được chẩn đoán bệnh Tăng huyết áp	☐ Có ☐ Không
Đang điều trị bệnh Tăng huyết áp	☐ Có ☐ Không
Đã được chẩn đoán bệnh Đái tháo đường	☐ Có ☐ Không
Đang điều trị bệnh Đái tháo đường	☐ Có ☐ Không
Cân nặng	..... kg
Chiều cao	..... cm
Vòng bụng *(tham khảo kết quả bảng số 1)*	..... cm
Chỉ số khối cơ thể (BMI) *(tham khảo kết quả bảng số 2)*	.....
Huyết áp *(tham khảo kết quả bảng số 3)*	.....
Số điểm về nguy cơ Đái tháo đường *(tham khảo kết quả bảng số 4)*	...../... mmHg

Kết quả sàng lọc: Phần về Huyết áp *(tham khảo kết quả bảng số 3)*
Phần về Đái tháo đường *(tham khảo kết quả bảng số 4)*

Huyết áp (HA) thấp* ☐
HA bình thường ☐
Tiền tăng HA ☐
HA cao độ 1* ☐
HA cao độ 2* ☐
HA cao độ 3* ☐

Nguy cơ Đái tháo đường thấp ☐
Nguy cơ Đái tháo đường tăng nhẹ ☐
Nguy cơ Đái tháo đường trung bình ☐
Nguy cơ Đái tháo đường cao* ☐
Nguy cơ Đái tháo đường rất cao* ☐

Lưu ý: Nếu đã điền vào ít nhất một ô ở nội dung có dấu * thì cần đến cơ sở Y tế

<u>Kết luận:</u>

1. Các vấn đề sức khỏe hiện tại? .....
2. Cần đến khám tại cơ sở y tế? ☐ Có ☐ Không
3. Cần theo dõi sau: ☐ Tháng ☐ Hàng quý ☐ 6 tháng
4. Tư vấn:

.....

.....

.....

Lần sàng lọc thứ hai

Ngày sàng lọc: .....

Nội dung	Kết quả
Đã được chẩn đoán bệnh Tăng huyết áp	☐ Có ☐ Không
Đang điều trị bệnh Tăng huyết áp	☐ Có ☐ Không
Đã được chẩn đoán bệnh Đái tháo đường	☐ Có ☐ Không
Đang điều trị bệnh Đái tháo đường	☐ Có ☐ Không
Cân nặng	..... kg
Chiều cao	..... cm
Vòng bụng *(tham khảo kết quả bảng số 1)*	..... cm
Chỉ số khối cơ thể (BMI) *(tham khảo kết quả bảng số 2)*	.....
Huyết áp *(tham khảo kết quả bảng số 3)*	.....
Số điểm về nguy cơ Đái tháo đường *(tham khảo kết quả bảng số 4)*	...../... mmHg

Kết quả sàng lọc: Phần về Huyết áp *(tham khảo kết quả bảng số 3)*
Phần về Đái tháo đường *(tham khảo kết quả bảng số 4)*

Huyết áp (HA) thấp* ☐
HA bình thường ☐
Tiền tăng HA ☐
HA cao độ 1* ☐
HA cao độ 2* ☐
HA cao độ 3* ☐

Nguy cơ Đái tháo đường thấp ☐
Nguy cơ Đái tháo đường tăng nhẹ ☐
Nguy cơ Đái tháo đường trung bình ☐
Nguy cơ Đái tháo đường cao* ☐
Nguy cơ Đái tháo đường rất cao* ☐

Lưu ý: Nếu đã điền vào ít nhất một ô ở nội dung có dấu * thì cần đến cơ sở Y tế

<u>Kết luận:</u>

1. Các vấn đề sức khỏe hiện tại? .....
2. Cần đến khám tại cơ sở y tế? ☐ Có ☐ Không
3. Cần theo dõi sau: ☐ Tháng ☐ Hàng quý ☐ 6 tháng
4. Tư vấn:

.....

.....

.....

Lần sàng lọc thứ ba

Ngày sàng lọc: .....

Nội dung	Kết quả
Đã được chẩn đoán bệnh Tăng huyết áp	☐ Có ☐ Không
Đang điều trị bệnh Tăng huyết áp	☐ Có ☐ Không
Đã được chẩn đoán bệnh Đái tháo đường	☐ Có ☐ Không
Đang điều trị bệnh Đái tháo đường	☐ Có ☐ Không
Cân nặng	..... kg
Chiều cao	..... cm
Vòng bụng *(tham khảo kết quả bảng số 1)*	..... cm
Chỉ số khối cơ thể (BMI) *(tham khảo kết quả bảng số 2)*	.....
Huyết áp *(tham khảo kết quả bảng số 3)*	.....
Số điểm về nguy cơ Đái tháo đường *(tham khảo kết quả bảng số 4)*	...../... mmHg

Kết quả sàng lọc: Phần về Huyết áp *(tham khảo kết quả bảng số 3)*
Phần về Đái tháo đường *(tham khảo kết quả bảng số 4)*

Huyết áp (HA) thấp* ☐
HA bình thường ☐
Tiền tăng HA ☐
HA cao độ 1* ☐
HA cao độ 2* ☐
HA cao độ 3* ☐

Nguy cơ Đái tháo đường thấp ☐
Nguy cơ Đái tháo đường tăng nhẹ ☐
Nguy cơ Đái tháo đường trung bình ☐
Nguy cơ Đái tháo đường cao* ☐
Nguy cơ Đái tháo đường rất cao* ☐

Lưu ý: Nếu đã điền vào ít nhất một ô ở nội dung có dấu * thì cần đến cơ sở Y tế

<u>Kết luận:</u>

1. Các vấn đề sức khỏe hiện tại? .....
2. Cần đến khám tại cơ sở y tế? ☐ Có ☐ Không
3. Cần theo dõi sau: ☐ Tháng ☐ Hàng quý ☐ 6 tháng
4. Tư vấn:

.....

.....

.....

Lần sàng lọc thứ tư

Ngày sàng lọc: .....

Nội dung	Kết quả
Đã được chẩn đoán bệnh Tăng huyết áp	☐ Có ☐ Không
Đang điều trị bệnh Tăng huyết áp	☐ Có ☐ Không
Đã được chẩn đoán bệnh Đái tháo đường	☐ Có ☐ Không
Đang điều trị bệnh Đái tháo đường	☐ Có ☐ Không
Cân nặng	..... kg
Chiều cao	..... cm
Vòng bụng *(tham khảo kết quả bảng số 1)*	..... cm
Chỉ số khối cơ thể (BMI) *(tham khảo kết quả bảng số 2)*	.....
Huyết áp *(tham khảo kết quả bảng số 3)*	.....
Số điểm về nguy cơ Đái tháo đường *(tham khảo kết quả bảng số 4)*	...../... mmHg

Kết quả sàng lọc: Phần về Huyết áp *(tham khảo kết quả bảng số 3)*
Phần về Đái tháo đường *(tham khảo kết quả bảng số 4)*

Huyết áp (HA) thấp* ☐
HA bình thường ☐
Tiền tăng HA ☐
HA cao độ 1* ☐
HA cao độ 2* ☐
HA cao độ 3* ☐

Nguy cơ Đái tháo đường thấp ☐
Nguy cơ Đái tháo đường tăng nhẹ ☐
Nguy cơ Đái tháo đường trung bình ☐
Nguy cơ Đái tháo đường cao* ☐
Nguy cơ Đái tháo đường rất cao* ☐

Lưu ý: Nếu đã điền vào ít nhất một ô ở nội dung có dấu * thì cần đến cơ sở Y tế

<u>Kết luận:</u>

1. Các vấn đề sức khỏe hiện tại? .....
2. Cần đến khám tại cơ sở y tế? ☐ Có ☐ Không
3. Cần theo dõi sau: ☐ Tháng ☐ Hàng quý ☐ 6 tháng
4. Tư vấn:

.....

.....

.....

PHẦN B.
TÓM TẮT KẾT QUẢ THĂM KHÁM TẠI CƠ SỞ Y TẾ
(ghi chép bởi cán bộ y tế)

Ngày đến khám: .....

Chẩn đoán: .....

.....

Kê đơn thuốc:

TT	Tên thuốc	Số lượng	Liều dùng
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Khác (nếu có): .....

.....

Tư vấn: .....

.....

.....

.....

.....

Chuyển tuyến cao hơn: ☐ Có ☐ Không

Nếu có, chuyển đến cơ sở: .....

Ngày tái khám: .....

Chữ kí của cán bộ y tế

Ngày đến khám: .....

Chẩn đoán: .....

.....

Kê đơn thuốc:

TT	Tên thuốc	Số lượng	Liều dùng
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Khác (nếu có): .....

.....

Tư vấn: .....

.....

.....

.....

.....

Chuyển tuyến cao hơn: ☐ Có ☐ Không

Nếu có, chuyển đến cơ sở: .....

Ngày tái khám: .....

Chữ kí của cán bộ y tế

Ngày đến khám: .....

Chẩn đoán: .....

.....

Kê đơn thuốc:

TT	Tên thuốc	Số lượng	Liều dùng
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Khác (nếu có): .....

.....

Tư vấn: .....

.....

.....

.....

.....

Chuyển tuyến cao hơn: ☐ Có ☐ Không

Nếu có, chuyển đến cơ sở: .....

Ngày tái khám: .....

Chữ kí của cán bộ y tế

Ngày đến khám: .....

Chẩn đoán: .....

.....

Kê đơn thuốc:

TT	Tên thuốc	Số lượng	Liều dùng
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Khác (nếu có): .....

.....

Tư vấn: .....

.....

.....

.....

.....

Chuyển tuyến cao hơn: ☐ Có ☐ Không

Nếu có, chuyển đến cơ sở: .....

Ngày tái khám: .....

Chữ kí của cán bô y tế

PHẦN C.

MỤC TIÊU SỨC KHỎE CÁ NHÂN

(cá nhân tự ghi chép và theo dõi với sự hỗ trợ của TNV CSSK)

Tháng ……. năm 20……..

(Tình nguyện viên phát mẫu để các thành viên ghi cam kết)

THÁNG NÀY TÔI SẼ:

☒ Tập thể dục ít nhất 30 phút/ngày

☒ Ăn ít nhất 5 phần rau củ quả/ngày (1 phần = 80g)

☐ Chỉ hút 3 điếu thuốc lá, thuốc lào/ngày

☒ Không hút thuốc

☐ Chỉ uống …. đơn vị rượu, bia/ngày

☒ Không uống rượu bia

☒ Giảm ăn muối

☐ Giảm ăn đường (bánh kẹo, hoa quả ngọt)

☐ Uống thuốc đều đặn hàng ngày lúc ….

☐ Đến tái khám ở cơ sở y tế vào ngày ……/……/…….

Tháng ……. năm 20……..

THÁNG NÀY TÔI SẼ:

☐ Tập thể dục ít nhất …… phút/ngày

☐ Ăn ít nhất …… phần rau củ quả/ngày (1 phần = 80g)

☐ Chỉ hút …… điếu thuốc lá, thuốc lào/ngày

☐ Không hút thuốc

☐ Chỉ uống …. đơn vị rượu, bia/ngày

☐ Không uống rượu bia

☐ Giảm ăn muối

☐ Giảm ăn đường (bánh kẹo, hoa quả ngọt)

☐ Uống thuốc đều đặn hàng ngày lúc ….

☐ Đến tái khám ở cơ sở y tế vào ngày ……/……/…….

Tháng ……. năm

THÁNG NÀY TÔI SẼ:

☐ Tập thể dục ít nhất …… phút/ngày

☐ Ăn ít nhất …… phần rau củ quả/ngày (1 phần = 80g)

☐ Chỉ hút …… điếu thuốc lá, thuốc lào/ngày

☐ Không hút thuốc

☐ Chỉ uống …. đơn vị rượu, bia/ngày

☐ Không uống rượu bia

☐ Giảm ăn muối

☐ Giảm ăn đường (bánh kẹo, hoa quả ngọt)

☐ Uống thuốc đều đặn hàng ngày lúc ….

☐ Đến tái khám ở cơ sở y tế vào ngày ……/……/…….