



**SANTA CLARA
VALLEY MEDICAL CENTER**
Hospital & Clinics

CHÀO QUÝ VỊ ĐẾN KHOA BAO TỬ ĐƯỜNG RUỘT VÀ KHOA GAN!

WELCOME TO THE GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY CLINIC! - Vietnamese

Tọa lạc tại:

Valley Specialty Center, Tầng 5 (Suite 540)

751 South Bascom Avenue

San Jose, CA 95128

Tel: 408-793-2550

Fax: 408-885-7999

Nếu cần dời ngày hẹn hoặc hủy bỏ hẹn, Xin quý vị gọi chúng tôi hoặc hủy bỏ trên mạng MyHealth Online ít nhất 24 giờ trước giờ hẹn.

Quan Trọng

Xin vui lòng điền tất cả các câu trả lời và mang giấy này theo khi đến cuộc hẹn của quý vị.

Nhớ mang theo tất cả các thuốc quý vị đang sử dụng, kể cả thuốc không cần toa, trong các chai đựng thuốc nguyên thủy.

Tên của quý vị:

Tên và địa chỉ của bác sĩ chính của quý vị:

1. Vấn đề gì quan trọng nhất quý vị muốn thảo luận hôm nay?

2. Dị ứng: Ghi tên thuốc và phản ứng đã xảy ra với quý vị. Ngoài ra, cũng ghi các dị ứng với iodine, chất cản quang chụp quang tuyến vv... nếu có.

3. Các vấn đề với thuốc an thần và các thao tác xét nghiệm

Quý vị có bị phản ứng xấu với thuốc tê, mê, hoặc thuốc an thần (như khó tỉnh thức sau đó)? Có Không

Quý vị có bị xuất huyết sau khi làm răng hoặc thao tác khác? Có Không

Quý vị có thở dưỡng khí tại nhà? Có Không

Quý vị có dùng máy để giúp thở ban đêm (như máy CPAP)? Có Không

Quý vị có sử dụng ma túy? (cho biết chi tiết ở Đoạn 13) Có Không

4. Thuốc: Ghi tên thuốc, liều lượng, và số lần sử dụng trong ngày, bao gồm các thuốc mua không cần toa (như Tylenol, Motrin, Aleve, Ibuprofen, thuốc chống acid, vv...)

5. Nhà thuốc quý vị muốn đến lấy thuốc

Valley Specialty Center East Valley Milpitas

Bascom Gilroy Moorpark

Downtown Lenzen Sunnyvale

Tully

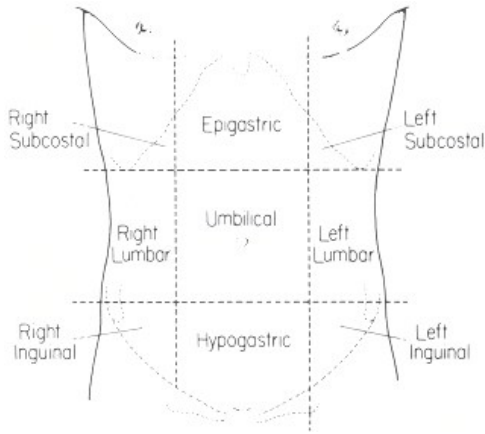
Nhà thuốc khác (ghi tên và địa chỉ): _____

6. Quý vị có đau bụng?

Có

Không (chuyển đến đoạn kế)

Please indicate with an "X" where the pain is located



Thang đo 1-10, thì mức độ đau của quý vị ở số mấy trong một ngày điển hình?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Đau như thế nào? Nóng Đau nhói Quặn thắt
 Đau nhức Đau khác (ghi rõ) _____

Đau như vậy từ khi nào? _____

Bao lâu thì cơn đau xảy ra? _____

Mỗi lần đau, kéo dài bao lâu? _____

Việc gì ảnh hưởng đến cơn đau?

	Bớt đau	Đau nhiều hơn	Không thay đổi
Ăn uống	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Đại tiện	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Áp lực cuộc sống	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thuốc chống acid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Việc khác (ghi rõ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Quý vị có triệu chứng nào về đường ruột? Đánh dấu tất cả các triệu chứng quý vị.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nuốt khó hoặc đau | <input type="checkbox"/> Sinh bụng | <input type="checkbox"/> Ói ra máu |
| <input type="checkbox"/> Buồn nôn | <input type="checkbox"/> Bón | <input type="checkbox"/> Phân đen |
| <input type="checkbox"/> Ói mửa | <input type="checkbox"/> Tiêu chảy | <input type="checkbox"/> Vàng mắt hoặc vàng da |
| <input type="checkbox"/> Nóng vùng ngực | <input type="checkbox"/> Không giữ được nước tiểu/phân | <input type="checkbox"/> Triệu chứng khác (ghi rõ) |
| <input type="checkbox"/> Hơi thoát ra hậu môn quá nhiều | <input type="checkbox"/> Chảy máu từ hậu môn | |

8. Khám bệnh bao tử đường ruột trước đây

Quý vị có khám chuyên khoa bao tử đường ruột trước đây (bao tử, ruột già, hoặc gan) ?

Có

Không

Nếu có, ghi tên và địa chỉ của bác sĩ chuyên khoa bao tử đường ruột và gan:

Thao tác khám bệnh	Ngày	Tên và địa chỉ của Bệnh Viện hoặc Y Viện
Soi Bao Tử (EGD)		
Soi Ruột Già		
Soi đoạn cuối ruột già		
Lấy mẫu gan thử nghiệm		
Thao tác khác (ghi rõ):		



9. Bệnh sử: đánh dấu tất cả các bệnh đã có trước đây và hiện nay.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nghiện rượu | <input type="checkbox"/> Viêm thực quản | <input type="checkbox"/> Hội Chứng Đường Ruột (IBS) |
| <input type="checkbox"/> Hậu môn có vết nứt | <input type="checkbox"/> Phình mạch thực quản | <input type="checkbox"/> Bệnh Thận/Suy Thận |
| <input type="checkbox"/> Thiếu máu | <input type="checkbox"/> Gan nhiễm mỡ | <input type="checkbox"/> Ung thư Gan |
| <input type="checkbox"/> Viêm khớp | <input type="checkbox"/> Đau cơ bắp | <input type="checkbox"/> Bệnh Phổi/COPD |
| <input type="checkbox"/> Suyễn | <input type="checkbox"/> Sạn mật | <input type="checkbox"/> Đặt Máy Trợ Tim hoặc Khử Rung |
| <input type="checkbox"/> Rung nhĩ | <input type="checkbox"/> Nhiễm vi trùng H. pylori | <input type="checkbox"/> Viêm Tuyến Tụy |
| <input type="checkbox"/> Bệnh Thực Quản Barrett | <input type="checkbox"/> Nhức đầu | <input type="checkbox"/> Ung Thư Tuyến Tụy |
| <input type="checkbox"/> Máu đông cục | <input type="checkbox"/> Nóng vùng ngực | <input type="checkbox"/> Bệnh Tâm Trí/Rối Loạn Lưỡng Cực |
| <input type="checkbox"/> Bệnh Celiac | <input checked="" type="checkbox"/> Bệnh Tim/ Lên Cơ Tim/ Đặt stent | <input type="checkbox"/> Ngừng thở trong lúc ngủ |
| <input type="checkbox"/> Bón | <input type="checkbox"/> Bệnh thặng dư chất sắt | <input type="checkbox"/> Loét bao tử/Ruột |
| <input type="checkbox"/> Xơ gan | <input type="checkbox"/> Bệnh trĩ | <input type="checkbox"/> Mụn nhỏ trong bao tử |
| <input type="checkbox"/> Ung thư ruột già | <input type="checkbox"/> Viêm Gan B | <input type="checkbox"/> Ung thư bao tử |
| <input type="checkbox"/> Mụn nhỏ trong ruột già | <input type="checkbox"/> Viêm Gan C | <input checked="" type="checkbox"/> Tai biến mạch máu não |
| <input type="checkbox"/> Crohn's Disease | <input type="checkbox"/> Viêm Gan (ghi rõ _____) | <input type="checkbox"/> Bệnh Tuyến Giáp |
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm/Lo âu | <input type="checkbox"/> Thoát vị (ghi rõ _____) | <input type="checkbox"/> Viêm Loét Ruột |
| <input type="checkbox"/> Tiêu chảy | <input type="checkbox"/> Thoát vị bao tử | <input type="checkbox"/> Bệnh khác (ghi rõ) |
| <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> HIV hoặc AIDS | |
| <input type="checkbox"/> Viêm túi thừa trong ruột | <input type="checkbox"/> Bệnh Hệ Miễn Dịch | |
| <input type="checkbox"/> Có túi thừa trong ruột | <input type="checkbox"/> Bệnh Viêm Ruột (IBD) | |

10. Giải Phẫu Trước Đây

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Giải phẫu ruột thừa | <input type="checkbox"/> Bất cầu hoặc cột bao tử | <input type="checkbox"/> Giải phẫu ruột non |
| <input type="checkbox"/> Giải phẫu tất ruột | <input type="checkbox"/> Giải phẫu phụ khoa | <input type="checkbox"/> Giải phẫu bao tử |
| <input type="checkbox"/> Giải phẫu sanh con C-section | <input type="checkbox"/> Giải phẫu tim, bất cầu vòng | <input type="checkbox"/> Cột ống dẫn trứng |
| <input type="checkbox"/> Giải phẫu ruột già | <input type="checkbox"/> Giải phẫu thay van tim | <input type="checkbox"/> Giải phẫu khác (ghi rõ) |
| <input type="checkbox"/> Giải phẫu thực quản | <input type="checkbox"/> Giải phẫu sửa thoát vị | |
| <input type="checkbox"/> Đặt ống dinh dưỡng (PEG) | <input type="checkbox"/> Giải phẫu gan | |
| <input type="checkbox"/> Giải phẫu túi mật | <input type="checkbox"/> Giải phẫu Tuyến Tụy | |

11. Những lần nhập viện điều trị trước đây: ghi trước nhất lần nhập viện gần đây

Ngày	Địa Điểm	Bệnh trạng



12. Bệnh sử gia đình: Ghi các bệnh trạng mà thân nhân đã có hoặc đang có

	Ung thư ruột già	Mật nhỏ trong ruột	Ung thư bao tử	Ung thư gan	Ung thư tuyến tụy	Ung thư tiết niệu hoặc tiết niệu	Ung thư phụ khoa	Viêm ruột già/ IBD	Bệnh Celiac	Bệnh gan	Tuổi lúc mắc bệnh	Các bệnh trạng khác (ghi rõ)	Còn sống?	Chết lúc mấy tuổi
Cha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O Có O không	_____
Mẹ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O Có O không	_____
Anh, Em	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O Có O không	_____
Chi, Em	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O Có O không	_____
Các Con	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O Có O không	_____
Thân nhân (ghi rõ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	O Có O không	_____

13. Sinh Hoạt Xã Hội

Nơi Sinh _____

Có du lịch ngoài nước Mỹ gần đây.? _____

O Có O Không

Xử dụng rượu/ma túy	Hiện nay	Trước đây	Không bao	Ngày bắt đầu	Xử dụng gần đây nhất	Bao lâu một lần?	Số lượng bao nhiêu?	Muốn bỏ?
Rượu nho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Beer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Rượu mạnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Hút thuốc điếu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Hút thuốc E-Cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Thuốc lá khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Cần sa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Methamphetamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Cocaine/Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
PCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không
Ma túy khác (ghi rõ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					O Có O không

14. Có triệu chứng nào sau đây trong 6 tháng qua? (Đánh dấu tất cả các triệu chứng đã và đang có)

Tổng quát

- Mệt/dễ mệt
- Xuống cân: (_____) lbs
- Khó ngủ
- Ăn mất ngon
- Thường bị đau
- Sốt
- Toát mồ hôi đêm

Mắt

- Mờ hoặc thấy hai hình
- Mắt đau hoặc viêm
- Các vấn đề khác của

Tai/Mũi/Họng

- Ớ chua
- Ợ thức ăn lên miệng
- Nghẹt mũi hoặc đau trong xoan mũi
- Đau nhức lỗ tai
- Nướu răng chảy máu thường xuyên
- Đau cổ họng
- Khàn tiếng
- Răng hư nhiều

Tim

- Đau ngực
- Tim đập mạnh hồi hộp (đập nhanh)
- Thức giấc vì hụt hơi thở ban đêm

Hô Hấp

- Suyễn/Khò khè
- Hụt hơi thở
- Ho ra máu
- Nhiễm trùng thường xuyên

Thận/Bong đái

- Đi tiểu nhiều lần
- Đi tiểu đau
- Máu trong nước tiểu
- Xón/ Xón tiểu

Máu/Hạch

- Thiếu máu
- Hạch to
- Dễ chảy máu, dễ bầm
- Máu đông cục
- Truyền máu

Nội Tiết

- Cảm thấy quá nóng hoặc lạnh

Da

- Nổi mẩn đỏ
- Nổi mụn trên da
- Lở loét hoặc nổi các đốm đỏ

Hệ Thần Kinh

- Nhức đầu thường xuyên
- Chóng mặt
- Tê hoặc tê rần
- Tay / chân yếu
- Mất trí nhớ

Cơ Xương

- Đau khớp/Viêm khớp
- Yếu sức
- Đau lưng
- Gãy xương nhiều nơi

Tâm Lý

- Áp lực ở sở làm
- Áp lực ở nhà
- Buồn/ Xuống tinh thần
- Bồn chồn/ Lo âu
- Không yêu đời
- Mất ham muốn tình dục
- Ý tưởng không vui
- Trầm cảm

Vấn đề khác

- Vấn đề về tình dục
- Kinh nguyệt ra máu bất thường/quá nhiều

O Ô vuông nào không đánh dấu có nghĩa là “Không Có”