



## Phê Chuẩn Gia Đình Hỗ Trợ (Resource Family Approval - RFA)



### BẢNG CÂU HỎI SÀNG LỌC BỆNH LAO PHỔI (TUBERCULOSIS - TB) của

Quận hay Cơ Quan

**Hướng dẫn:** Phải được hoàn tất bởi mỗi người trưởng thành sống tại ngôi nhà của Gia Đình Hỗ Trợ và được duyệt xét và ký tên bởi một chuyên gia y tế được cấp phép.

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_  Nam  Nữ

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Đường Căn hộ số Thành phố Mã bưu điện

Điện thoại: \_\_\_\_\_  
Nhà Nơi làm việc Điện thoại di động

Quốc gia nơi sinh: \_\_\_\_\_ Chủng tộc/Sắc tộc: \_\_\_\_\_ Ngày đến Hoa Kỳ (nếu áp dụng): \_\_\_\_\_

Du lịch bên ngoài Hoa Kỳ trong 2 năm qua: .....  **Có**  **Không** Nếu có, xin cho biết quốc gia đó \_\_\_\_\_

Khách viếng thăm từ bên ngoài Hòa Kỳ trong 2 năm qua:.....  **Có**  **Không** Nếu có, xin cho biết quốc gia đó \_\_\_\_\_

Vui lòng đánh dấu một câu trả lời hoặc điền vào chỗ trống:

- Quý vị có từng nhận vắc-xin Bacille Calmette-Guérin (BCG) ngừa bệnh lao phổi (TB) không?.....  **Có**  **Không**  **Không biết**  
a. Ngày nhận BCG: \_\_\_\_\_
- Quý vị có từng được làm xét nghiệm TB qua da không?.....  **Có**  **Không**  **Không biết**  
**Nếu CÓ**, vui lòng cho biết:  
a. (Những) Ngày làm xét nghiệm TB qua da: \_\_\_\_\_  
b. Kết quả xét nghiệm TB qua da.....  **Âm tính**  **Dương tính**  **Không biết**
- Quý vị có từng được cho biết rằng quý vị đã nhiễm hay mắc bệnh TB? .....  **Có**  **Không**  **Không biết**
- Quý vị có từng dùng thuốc trị TB không? .....  **Có**  **Không**  **Không biết**  
**Nếu CÓ**, vui lòng cho biết:  
a. Tên (những) loại thuốc dùng, số lượng thuốc viên và các ngày điều trị:  
\_\_\_\_\_  
b. Tên phòng khám nơi quý vị đã được điều trị? \_\_\_\_\_
- Hiện nay quý vị có dấu hiệu và triệu chứng nào sau đây của bệnh TB hoạt động không?  
a. Ho dai dẳng lâu hơn thời gian 2 tuần .....  **Có**  **Không**  
b. Ho ra máu .....  **Có**  **Không**  
c. Bị khàn giọng .....  **Có**  **Không**  
d. Sốt .....  **Có**  **Không**  
e. Đổ mồ hôi về đêm.....  **Có**  **Không**  
f. Sụt cân không rõ nguyên do.....  **Có**  **Không**  
g. Mệt mỏi quá mức không rõ nguyên do.....  **Có**  **Không**  
h. Các triệu chứng bất thường khác: \_\_\_\_\_

6. Quý vị có được chủng ngừa **trong vòng 6 tháng qua** phòng ngừa bệnh sởi, quai bị không? ..... **Có**  **Không**
7. Quý vị có đang trải qua điều trị, hoặc hiện nay quý vị có mắc bệnh trạng nào làm suy yếu hệ miễn dịch của quý vị không?  
(Mô tả) \_\_\_\_\_
8. Quý vị có mắc bệnh tiểu đường không? ..... **Có**  **Không**  **Không biết**  
**Nếu CÓ**, vui lòng cho biết tên (các) thuốc dùng: \_\_\_\_\_

**Phải được điền bởi chuyên gia y tế được cấp phép:**

9. Dựa vào thông tin được cho, tôi xác định nguy cơ bệnh nhân nhiễm TB là ..... **THẤP**  **CAO**

**a. Nếu CAO, vui lòng cho lịch kiểm tra theo dõi bắt buộc:** \_\_\_\_\_

**DÀNH RIÊNG CHO CHUYÊN GIA Y TẾ ĐƯỢC CẤP PHÉP**

NGÀY KHÁM	CHỮ KÝ CỦA CHUYÊN GIA Y TẾ ĐƯỢC CẤP PHÉP
SỐ ĐIỆN THOẠI	TÊN ĐƯỢC VIẾT IN HOA CỦA CHUYÊN GIA Y TẾ ĐƯỢC CẤP PHÉP
ĐỊA CHỈ CỦA CHUYÊN GIA Y TẾ ĐƯỢC CẤP PHÉP	