

Bản Vấn Đáp Kiểm Tra Sức Khỏe

Bản vấn đáp này là một khâu quan trọng nhằm cung cấp cho Quý Vị sự chăm sóc sức khỏe chu đáo nhất. Những câu đáp của Quý Vị giúp chúng tôi biết rõ những khó khăn mà Quý vị đang gặp. Xin vui lòng trả lời thật chính xác từng câu hỏi ghi dưới đây trừ những câu mà chúng tôi yêu cầu Quý Vị bỏ qua.

NGÀY: _____ TÊN: _____ TUỔI: _____ GIỚI TÍNH: Nữ Nam

1. Trong 4 tuần vừa qua, Quý vị có gặp khó chịu về những trường hợp ghi dưới đây không?

	Không có	Có một chút	Có rất nhiều
a. Đau bao tử	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Đau lưng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Đau cánh tay, chân, khớp xương	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kinh nguyệt không đều hay có vấn đề	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Đau rát hay có trở ngại khi giao hợp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Nhức đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tức ngực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Choáng vì mất máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Cảm thấy tim đập loạn nhịp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Thở dốc (Hơi thở ngắn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Táo bón, phân lỏng hay tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ói mửa, ợ chua, rối loạn tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Trong 2 tuần vừa qua, bao lâu thì Quý vị gặp khó chịu về những trường hợp ghi dưới đây?

	Không bao giờ	Đôi ba ngày	Hơn nửa ngày	Hầu như hàng ngày
a. Không thích hoặc chán nản khi làm việc gì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mặc cảm, ngã lòng, thất vọng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Thao thức, khó ngủ hay ngủ quá nhiều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cảm thấy mệt, thiếu nghị lực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ăn uống mất ngon hay bội thực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cảm thấy mình xấu xa hay khuyết điểm vì gia đình hay mình bị khinh rẻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Một mã dùng trong văn phòng:

-HỘI CHỨNG BRIQUET:

Nếu trả lời “CÓ RẤT NHIỀU” tối thiểu là 3 lần của câu số 1(phần a-m) và thiếu sự minh chứng về y học.

-HỘI CHỨNG TRẦM CẢM:

Nếu trả lời “HƠN NỬA NGÀY” trong câu hỏi số 2 (phần a và b) và tối thiểu 5 lần trong cùng câu hỏi (phần a-l) (Tính cả câu số 2 (phần i) nếu có biểu hiện).

XIN LƯU Ý:

- Việc chẩn bệnh liên quan đến Hội Chứng Trầm Cảm và Những Hội Chứng Trầm Cảm khác cần phải loại những triệu chứng bình thường, ví dụ như thương tiếc khi một người thân hoặc bạn bè qua đời... (triệu chứng nhẹ và thời hạn ít hơn hai tháng), và có bệnh án liên quan đến thần kinh và thần kinh phát tiết một chứng bệnh về thể lý, thuốc men, hoặc bất cứ một loại thuốc nào có khả năng gây ra các triệu chứng về trầm cảm.

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| g. Khó tập trung (đọc sách báo, xem TV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Di chuyển hay nói năng chậm chạp khiến người khác có thể nhận thấy - hoặc bồn chồn lo lắng, sốt ruột đi tới đi lui bất thường. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Có tư tưởng thù ghét quách hoặc nhiều lúc tự đánh mình | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Câu hỏi đề cập tới sự âu lo hoảng hốt:

a. Trong 4 tuần qua, Quý vị có bị âu lo khiến mình cảm thấy sợ hãi hay hốt hoảng?

KHÔNG

CÓ

Nếu Quý vị trả lời “KHÔNG”, xin xuống câu hỏi số 5

b. Sự kiện này trước đây có xảy ra không?

c. Sự kiện này có xảy ra bất chợt - nghĩa là không ngờ mà nó xảy tới khiến bị căng thẳng

d. Sự đột biến này làm Quý vị khó chịu hay Quý vị lo sợ sẽ có một sự đột biến khác nữa sắp đến?

4. Xin hỏi tưởng về sự âu lo đột biến trước đây

KHÔNG

CÓ

a. Quý vị có thờ đốc không?

b. Nhịp đập tim rối loạn, nháy cách quãng?

c. Quý vị có bị tức ngực, dồn ép?

d. Đổ mồ hôi?

e. Có cảm tưởng như bị nghẹn thở?

f. Chợt bị nóng bừng hay ớn lạnh?

g. Bị ói, khó chịu bao tử, tiêu chảy?

h. Chóng mặt, lảo đảo hay ngất xỉu?

i. Có cảm giác ngứa ngáy hay tê dại một cơ phận?

j. Run lẩy bẩy?

k. Sợ hãi vì sắp chết?

5. Trong 4 tuần qua, khoảng bao lâu thì Quý vị bị khó chịu về những vấn đề sau đây?

Không bao giờ

Đăm ba ngày

Hơn nửa ngày

a. Cảm thấy căng thẳng, âu lo, cáu kỉnh, lo lắng về nhiều việc khác nhau?

Nếu Quý vị trả lời “Không bao giờ”, xin xuống câu hỏi số 6

Một mã dùng trong văn phòng:

-HỘI CHỨNG HOẢNG SỢ:

Nếu trả lời “CÓ” toàn phần trong câu hỏi số 3 và 4 lần hoặc hơn trong cùng câu hỏi số 4 (từ a-k).

-CÁC HỘI CHỨNG HOẢNG SỢ KHÁC:

Nếu trả lời “HƠN NỬA NGÀY” trong câu hỏi số 5 phần a và 3 lần hoặc nhiều hơn trong câu hỏi số 5 (từ b-g).

XIN LƯU Ý: - Việc chẩn bệnh liên quan đến Hội Chứng hoảng sợ và các Hội chứng hoảng sợ khác cần phải loại ra một chứng bệnh về thể lý, thuốc men, hoặc bất cứ một loại thuốc có khả năng gây ra các triệu chứng hoảng sợ.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| b. Cảm thấy bất an, khó có thể ngồi yên? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dễ bị mệt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cơ bắp căng thẳng, đau hay nhức nhối? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Thao thức và khó ngủ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Khó tập trung vào sự việc (đọc sách, xem TV...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Dễ dàng bị cáu kỉnh? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Những câu hỏi về sự ăn uống

KHÔNG

CÓ

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Quý vị có thường cảm thấy mình không thể kiểm tra được mình ăn gì và ăn bao nhiêu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Trong khoảng thời gian 2 tiếng đồng hồ, Quý vị có thường ăn những gì mà nhiều người cho rằng đó là một sự bất thường vì ăn nhiều quá chăng? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nếu Quý vị trả lời “KHÔNG” cho hai câu 6a hay 6b, xin sang câu số 9

7. Trong 3 tháng vừa qua, để tránh bị tăng trọng lượng, Quý vị có bao giờ thực hiện những điều sau đây hay không?

KHÔNG

CÓ

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Tự làm cho mình ối mửa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Uống thuốc tiêu qua liều gấp hai lần hơn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Nhịn ăn - Không ăn gì hết ít ra trong suốt 24 giờ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tập thể dục hơn một tiếng đồng hồ để tránh lên cân sau khi đã ăn uống quá độ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Nếu Quý Vị trả lời “CÓ” cho bất cứ tương hợp nào nhằm mục đích để giảm cân, xin nêu rõ thời gian bao lâu, trung bình hay hai tuần một lần?

KHÔNG

CÓ

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Quý Vị có bao giờ uống rượu không (kể cả bia hay rượu)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Nếu Quý vị trả lời “KHÔNG” xin sang câu số 11

10. Trong 6 tháng qua, những sự kiện sau đây đã xảy đến với Quý Vị ?

KHÔNG

CÓ

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Vẫn uống rượu, mặc dù Bác sĩ khuyên phải ngưng vì lý do sức khỏe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Vẫn uống rượu khi làm việc, đi học, chăm sóc trẻ em hay khi nhận một trách nhiệm nào đó? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Bỏ học, bỏ đi làm hay đi làm trễ, đi học trễ hoặc không tham gia các sinh hoạt khác chỉ vì uống rượu hay vì khó chịu sau khi uống rượu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Đã lái xe sau khi uống một ít hoặc uống nhiều rượu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Một mã dùng trong văn phòng:

CHỨNG BỆNH ĂN UỐNG VÔ ĐỘ: - Nếu trả lời “CÓ” trong câu hỏi 6 (phần a, b, và c) và “CÓ” ở câu hỏi số 7.

NGHIỆN RƯỢU VÀ MA TÚY: - Nếu trả lời “CÓ” trong bất cứ phần nào của câu số 10 (phần a-e).

11. Nếu Quý vị trả lời “CÓ” cho những câu hỏi này thì Quý vị sẽ gặp những khó khăn ra sao khi làm việc ở nhà hay giao tiếp bên ngoài với người khác?

Không khó khăn []	Hơi khó khăn []	Rất khó khăn []	Vô cùng khó khăn []
--------------------------	------------------------	------------------------	----------------------------

12. Trong 4 tuần qua, Quý vị có từng bị căng thẳng lo âu về những trường hợp sau đây thế nào?

	Không âu lo	Một chút âu lo	Nhiều âu lo
a. Lo lắng về sức khỏe?	[]	[]	[]
b. Lo lắng về trọng lượng hay vẻ bề ngoài?	[]	[]	[]
c. Không có hoặc ít đam mê khi sinh hoạt tình dục?	[]	[]	[]
d. Khó khăn giữa vợ chồng/người yêu/ bạn traí (gái)?	[]	[]	[]
e. Căng thẳng trong việc chăm sóc con cái/cha mẹ hay thành viên của một gia đình khác?	[]	[]	[]
f. Căng thẳng trong việc làm/ ngoài gia đình hoặc ở trường?	[]	[]	[]
g. Khó khăn về tài chính và có những âu lo?	[]	[]	[]
h. Không có ai để giải bày khi gặp khó khăn?	[]	[]	[]
i. Khi gặp phải một tình trạng tồi tệ xảy ra?	[]	[]	[]
j. Khi Quý vị nghĩ hay hồi tưởng về một điều gì khủng khiếp đã xảy ra trong quá khứ - thí dụ như nhà cửa mình bị phá, bị tai nạn ghê gớm, bị đánh hay bị tấn công hoặc bị ép buộc trong một sinh hoạt tình dục?	[]	[]	[]

13. Trong năm vừa qua, Quý vị có bị người khác đánh, tát, đá, thể trạng bị đau do người khác gây ra hoặc bị người khác ép buộc vào một sinh hoạt tình dục ngoài ý muốn?

KHÔNG	CÓ
[]	[]

14. Điều lo lắng nhất của Quý vị trong cuộc sống hôm nay là gì?

15. Quý vị có dùng thuốc men gì để điều trị về những âu lo, căng thẳng này không?

KHÔNG	CÓ
[]	[]

16. CHỈ DÀNH CHO PHỤ NỮ: Những câu hỏi liên quan đến kinh nguyệt, thai nghén và sinh nở.

a. Xin mô tả rõ trạng thái kinh nguyệt của bà?		
_____ Kinh kỳ không thay đổi		
_____ Không có kinh nguyệt vì mang thai hay sắp sinh		
_____ Kinh nguyệt không đều, bất thường, ít hay nhiều		
_____ Ít nhất là một năm nay không có kinh nguyệt		
_____ Có kinh nguyệt nhờ dùng thuốc kích thích hay trị liệu kích thích		
b. Trong tuần lễ trước khi có kinh nguyệt, bà có những triệu chứng nghiêm trọng nào về trạng thái (âu lo, sợ hãi, cáu giận...?)	KHÔNG	CÓ
NẾU CÓ: Triệu chứng này có chấm dứt trước khi tắt kinh không?	[]	[]
c. 6 tháng vừa qua, bà có sinh cháu nào không?	[]	[]
e. Bà có gặp khó khăn gì khi có thai không?	[]	[]