**Cho Bệnh Nhân**: Xin điền đầy đủ, được trợ giúp nếu cần, và đưa cho bác sĩ gia đình ký tên.

DỊCH VỤ Y TẾ ĐA VĂN HÓA Địa điểm

Xin gởi lại mẫu đơn này cho Điều Phối Viên Chương Trình ở dịch vụ Y Tế Đa Văn Hóa

Số điện thoại:

|  |
| --- |
| BẢN CÂU HỎI TRƯỚC KHI ĐIỀN GIỮ BÍ MẬT |

Tên\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tuổi\_\_\_\_\_\_Ngày Sanh \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Giới Tính Nam/Nữ

Địa chỉ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ số vùng \_\_\_\_\_\_

Số điện thoại (Nhà)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Di động)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cơ quan) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tên (người) Liên lạc Khẩn cấp \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUÍ VỊ ĐÃ TỪNG BỊ HOẶC HIỆN ĐANG BỊ?

Phần A

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Huyết áp cao | Có/Không | Loét Dạ dày/ Tá tràng | Có/Không |
| Huyết áp thấp | Có/Không | Bệnh Gan/ Thận | Có/Không |
| Mỡ máu cao/Triglycerides cao | Có/Không | Tiểu đường | Có/Không |
| Đau đớn/ đau thắt trong ngực | Có/Không | Bệnh động kinh | Có/Không |
| Sốt thấp khớp | Có/Không | Sa ruột | Có/Không |
| Bất cứ Bệnh tim/ Đột quỵ | Có/Không | Trầm cảm hoặc lo âu |  |
| Loãng xương | Có/Không | Khó thở hoặc bệnh suyễn | Có/Không |
|  |  | Viêm khớp | Có/Không |

Phần B

|  |  |
| --- | --- |
| - Tiền sử có thân nhân trong gia đình dưới 65 tuổi bị bệnh tim, đột quỵ hoặc mỡ máu cao không? | Có/Không |
| - Quí vị có hút thuốc lá/ ống tẩu/ xì-gà không? | Có/Không |
| - Quí vị uống bao nhiêu rượu mỗi ngày hoặc mỗi tuần? |  |
| - Quí vị có bị đau cơ bắp/ chuột rút không? | Có/Không |
| - Quí vị có bất kỳ thương tích nào nặng không?  Xin mô tả | Có/Không |
| - Trước đây quí vị có từng tập thể dục không?  Có thường xuyên không? Gần đây thế nào? | Có/Không |

Phần C

|  |  |
| --- | --- |
| - Quí vị có từng qua phẫu thuật nào lớn không?  Nếu có, cách đây bao lâu và mô tả? | Có/Không |
| - Hiện nay hoặc gần đây quí vị có bị nhiễm trùng hoặc bệnh truyền nhiễm không?  Xin mô tả | Có/Không |
| - Có căn bệnh hoặc bệnh tật nào khác làm giới hạn chương trình hoạt động của quí vị không? Xin mô tả | Có/Không |

Phần D

|  |  |
| --- | --- |
| Vị trí cơn đau |  |
| Cơn đau hiện nay đã kéo dài | 3-6 tháng ⃝ 6-12 tháng ⃝ 1-2 năm ⃝ 2-5 năm ⃝ Hơn 5 năm ⃝ |
| Kiểu, dạng đau | Ghê gớm ⃝ ê ẩm ⃝ thường xuyên ⃝ gián đoạn ⃝ |
| Cơn đau chính của quí vị bắt đầu thế nào? | Sau khi phẫu thuật ⃝ Đụng xe ⃝ Bị thương nơi làm việc/ở trường học ⃝ Liên quan đến ung thư ⃝ Chuyện khác ⃝ |

**☐**

**For GP to complete**

|  |  |
| --- | --- |
| List all the medications taken (include all prescription, traditional and over-the-counter medicines) |  |
| Medicine name (as on the label) | Medicine strength (as on the label) and dose |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

In my opinion, there is no medical reason why I should not take part in the exercise program.

I understand that all safety precautions will be observed and I accept that there is a small risk associated with undertaking any exercise program. I have completed this form and I understand it. I will notify the Multicultural Health Worker and my instructor of any changes to my health by completing a new questionnaire.

(Theo ý kiến của tôi, không có lý do y khoa nào khiến tôi không nên tham gia vào chương trình tập thể dục.

Tôi hiểu tất cả các biện pháp an toàn sẽ được theo dõi và tôi chấp nhận các rủi ro nhỏ liên quan đến bất kỳ chương trình tập thể dục nào. Tôi hiểu và đã điền đầy đủ tờ đơn này. Tôi sẽ thông báo cho Nhân Viên Y Tế Đa Văn Hóa và Huấn luyện viên về mọi thay đổi đến sức khỏe của tôi bằng cách điền một bản câu hỏi mới.)

NGƯỜI THAM GIA KÝ TÊN: ………………………………………… NGÀY: ………………………………

(Sign Participant) (Date)

NHÂN CHỨNG KÝ TÊN: …………………………………………….. NGÀY: ……………………………...

(Sign Witness) (Date)

Tôi đồng ý cho dịch vụ liên lạc với bác sĩ gia đình của tôi ………………………………………………….

\***Xin đưa tờ đơn này cho bác sĩ gia đình hoặc chuyên viên y tế ký tên nếu quí vị trả lời ‘có’ trong phần A.**

**(Please have this form signed by a GP or health professional if you have answered yes in section A.)**

HEALTH PROFESSIONAL APPROVAL

Signed:…………………………………….Date:……………………………..

Health Professional Title e.g. General Practitoner/Physiotherapist: ………………………………………

Name ……………………………………………………………… Contact Ph: ……………………………..

Address……………………………………………………………………… Postcode: ……………………..

Published Apr 2017. ACI/D23/877 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016