|  |
| --- |
| **Cập Nhật Cơn Đau (Pain Update)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Họ:** | | | | | | | | | | **Tên:** | | | | | | | | | | | **Ngày:**  \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Trung bình, trong tuần vừa qua, quí vị đánh giá cơn đau như thế nào? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | | | 4 | | 5 | | | 6 | | 7 | | 8 | | | | 9 | 10 |  |
| Không đau | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  |  | |  | |  | | |  | | | Đau không thể tưởng tượng | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trong tuần vừa qua, cơn đau ảnh hưởng đến **hoạt động hàng ngày** của bạn thế nào? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 0 | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | | 9 | | 10 | |  | |
| Không ảnh hưởng | | |  | | | | | | | | | | | | | Ảnh hưởng hoàn toàn | | |
| Mỗi lời phát biểu dưới đây thích hợp với quí vị thế nào trong tuần qua? | | | | | | | | | Không có gì | | | Có chừng mực, hoặc một vài lần | | ở mức độ đáng kể, hoặc phần lớn thời gian | | | | Rất nhiều, hoặc mọi lúc |
| Tôi nhận thấy miệng tôi khô | | | | | | | | | 0 | | | 1 | | 2 | | | | 3 |
| Tôi cảm thấy chẳng có gì để hân hoan mong đợi | | | | | | | | | 0 | | | 1 | | 2 | | | | 3 |
| Tôi cảm thấy sắp hoảng sợ | | | | | | | | | 0 | | | 1 | | 2 | | | | 3 |
| Tôi không thể hăng hái về bất cứ điều gì | | | | | | | | | 0 | | | 1 | | 2 | | | | 3 |
| Tôi cảm thấy con người tôi không có giá trị nhiều | | | | | | | | | 0 | | | 1 | | 2 | | | | 3 |
| Tôi nhận thấy hoạt động của trái tim tôi khi không gắng sức (thí dụ như cảm thấy tim đập nhanh, tim lỗi nhịp) | | | | | | | | | 0 | | | 1 | | 2 | | | | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Xin đánh giá quí vị tự tin ra sao để có thể làm các việc sau đây hiện nay **mặc dù đau đớn**. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tôi có thể làm một số công việc, mặc dù đau đớn (“công việc” bao gồm việc nhà, công việc có lương hay không lương) | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | | 5 | | 6 |
| Không tự tin chút nào | | | | | | | Hoàn toàn  tự tin | | | | | | | |
| Tôi có thể sống một lối sống bình thường, dù bị đau đớn | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | | 5 | | 6 |
| Không tự tin chút nào | | | | | | | Hoàn toàn  tự tin | | | | | | | |
| Xin cho biết mức độ quí vị có những suy nghĩ và cảm giác này khi quí vị đang bị đau đớn | | | Không có | | Mức độ nhẹ | | Mức độ trung bình | | | | | | Mức độ nặng | | Luôn luôn | |
| Thật khủng khiếp và tôi nghĩ cơn đau sẽ không bao giờ tốt hơn | | | 0 | | 1 | | 2 | | | | | 3 | | | 4 | |
| Tôi sợ cơn đau sẽ trở nên tệ hơn | | | 0 | | 1 | | 2 | | | | | 3 | | | 4 | |
| Dường như tôi không thể gạt bỏ cơn đau ra ngoài tâm trí | | | 0 | | 1 | | 2 | | | | | 3 | | | 4 | |
| Tôi cứ nghĩ tôi rất muốn cơn đau dừng lại | | | 0 | | 1 | | 2 | | | | | 3 | | | 4 | |
| Quí vị làm bao nhiêu giờ làm việc có trả lương trong tuần trước? | | | | | | | | | | …………………..giờ | | | | | | |
| Trong **3 tháng** vừa qua bao nhiêu lần quí vị **….** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …. đến khu cấp cứu ở bệnh viện vì cơn đau? | | | | | | | | | | …………………. lần | | | | | | |
| …. nhập viện như bệnh nhân nội trú vì cơn đau | | | | | | | | | | …………………. lần | | | | | | |
| Xin liệt kê tất cả thuốc quí vị đang dùng (bao gồm thuốc kê toa và thuốc không cần toa) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tên thuốc (như trên nhãn hiệu)** | **Độ mạnh của thuốc**  **(như trên nhãn hiệu)** | | | | **Quí vị dùng bao nhiêu mỗi ngày?** | | | | | | | **Bao nhiêu ngày mỗi tuần quí vị dùng thuốc này?** | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |

Published Apr 2017. ACI/D23/880 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016