



Danh mục này thuộc về:

Danh mục chăm sóc của tôi

**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member 

Danh mục chăm sóc của tôi



“Danh mục chăm sóc của tôi” là công cụ dành cho gia đình có con có nhu cầu y tế đặc biệt. Sử dụng “Danh mục chăm sóc” để:

- Theo dõi việc dùng thuốc của con bạn
- Ghi chép số điện thoại của các nhà chăm sóc sức khỏe và các nguồn lực y tế
- Chuẩn bị cho các cuộc hẹn
- Chia sẻ thông tin với các nhà chăm sóc sức khỏe của con bạn

“Danh mục chăm sóc” là tập ghi chép để bạn có thể tổ chức các thông tin y tế, các báo cáo, các cuộc thăm khám với bác sĩ và các tờ thông tin

Để thiết lập “danh mục chăm sóc” của bạn

- BƯỚC 1: Quyết định bạn muốn lưu những gì trong “Danh mục chăm sóc.”** Những thông tin nào là bạn cần xem nhiều nhất? Những người sẵn sàng cho con bạn cần biết những điều gì về con bạn?
- BƯỚC 2: Thu thập các thông tin bạn đã có sẵn** – như là các báo cáo, các lần nằm viện và các kết quả xét nghiệm
- BƯỚC 3: Chọn các trang từ tập “Danh mục chăm sóc”** mà bạn thích
- BƯỚC 4: Xếp đặt “Danh mục chăm sóc”** – bạn có thể sử dụng tờ chia mục có nhãn hoặc túi chia mục để phân chia các trang. Tổ chức cho dễ tìm thông tin bạn cần.

Bạn có thể in thêm các trang “Danh mục chăm sóc” từ trang mạng của bệnh viện nhi UC Davis Children’s Hospital: www.ucdmc.ucdavis.edu/children/patients_family_resources/Patient_and_Family_Education_A_to_Z/index.html

Bạn có thể tải về thêm các trang “Danh mục chăm sóc” từ các trang mạng sau:

Center for Children with Special Needs (Trung tâm Trẻ em có nhu cầu đặc biệt), Seattle Children’s and Washington State Department of Health (Sở Y tế của Tiểu bang Washington và Trẻ em Seattle), Children with Special Health Care Needs Program (Chương trình Trẻ em có nhu cầu y tế đặc biệt): <http://cshcn.org/planning-record-keeping/care-notebook>

National Center for Medical Home Information (Should be Implementation???) (Trung tâm Quốc gia Thực hành Y tế toàn diện với gia đình), American Academy of Pediatrics (Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ): www.medicalhomeinfo.org/for_families/care_notebook

Lịch biểu hàng ngày của tôi: _____



Giờ	Chăm sóc/ Hoạt động
Sáng	
Chiều	
Tối	
Đêm	





Thuốc của tôi

Tên, liều và bao nhiêu, bao lâu một lần, lý do dùng

Lần

sáng

chiều

sáng

5

4

3

2

1

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

12

11

10

9

8

7

6





Thuốc của tôi

Tên, liều và bao nhiêu, bao lâu
một lần, lý do dùng

Lần



chiều

sáng

sáng

5

4

3

2

1

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

12

11

10

9

8

7

6



Niên lịch

THÁNG

NĂM

UC DAVIS
HEALTH

CHILDREN'S
HOSPITAL

Children's Miracle Network Hospitals member 

CHỦ NHẬT	THỨ HAI	THỨ BA	THỨ TƯ	THỨ NĂM	THỨ SÁU	THỨ BAY
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Niên lịch

THÁNG

NĂM

UC DAVIS
HEALTH

CHILDREN'S
HOSPITAL

Children's Miracle Network Hospitals member 

CHỦ NHẬT	THỨ HAI	THỨ BA	THỨ TƯ	THỨ NĂM	THỨ SÁU	THỨ BAY
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiểu biết về tôi

Tôi tên là:	Tên hiệu:
Ngày sinh:	Ngày hôm nay:
Nói chút về tôi:	
Điểm mạnh của tôi: (những điều dễ dàng đối với tôi)	
Điểm yếu của tôi: (sự truyền đạt, ăn uống, học tập, lưu động, hoà đồng, năng lượng, hành vi)	
Cuộc sống của tôi trong cộng đồng: (ở trường, ở nhà trẻ, nơi thờ phụng, những nơi tôi ưa thích nhất)	
Thông tin về nhà ở và gia đình của tôi:	
Chẩn đoán (các) bệnh của tôi:	
Sức khỏe tổng quát của tôi:	
Các phẫu thuật, thủ thuật, nghiên cứu xét nghiệm/ chẩn đoán của tôi:	

Hiểu biết về tôi

Tôi tên là:	Tên hiệu:
Ngày sinh:	Ngày hôm nay:
Các thuốc/ liệu dùng hiện tại của tôi:	
Dị ứng của tôi:	
Những thứ tôi phải tránh: (thực phẩm, các hoạt động và các thủ thuật)	
Thiết bị/ Công nghệ hỗ trợ của tôi: (băng nẹp/ dụng cụ chỉnh hình, khung tập đi, xe lăn, thiết bị truyền thông, Oxy tại nhà, bơm insulin, ống hít, bơm hút)	
Những điều khác tôi muốn bạn biết về tôi:	
Những phương cách bạn có thể giúp tôi:	

Thẻ theo dõi chế độ ăn uống



**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member

NGÀY	CHỦ NHẬT	THỨ HAI	THỨ BA	THỨ TƯ	THỨ NĂM	THỨ SÁU	THỨ BAY
Nuôi ăn qua ống thông							
Bữa ăn sáng							
Bữa ăn trưa							
Bữa ăn tối							
Ăn nhẹ							
Ghi chú							

Lịch biểu cho Bé bú bình / Nuôi ăn qua ống thông dạ dày



Giờ nuôi ăn	Bú bình	Nuôi ăn qua ống thông dạ dày	Tã	Thuốc
Xin nhớ thêm _____ mL sữa vào bao để mỗi ống. Đây không phải là một phần của việc nuôi ăn.				
_____ sáng				
_____ sáng				
_____ chiều				
_____ chiều				
_____ chiều				
_____ chiều		Thêm _____ ml vào bao và thiết lập bơm ở mức _____ ml một giờ		
_____ chiều		Thêm _____ ml vào bao và thiết lập bơm ở mức _____ ml một giờ		





● Nguồn lực hỗ trợ gia đình

Công ty tiếp liệu y tế: _____

Người liên hệ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____ Email: _____

Trang mạng: _____

Công ty tiếp liệu y tế: _____

Người liên hệ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____ Email: _____

Trang mạng: _____

Điều dưỡng chăm sóc tại nhà (Y tế tại nhà, Y tế công cộng, Ca trực/ Nghỉ ngơi): _____

Người liên hệ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____ Email: _____

Trang mạng: _____

Trung tâm khu vực/ tổ chức hỗ trợ phát triển khác: _____

Người liên hệ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____ Email: _____

Trang mạng: _____

Khác: _____

Người liên hệ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____ Email: _____

Trang mạng: _____

Khác: _____

Người liên hệ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____ Email: _____

Trang mạng: _____

Trong trường hợp khẩn cấp

UCDAVIS
HEALTH

CHILDREN'S
HOSPITAL

Children's Miracle Network Hospitals member 

Cập nhật: _____

THÔNG TIN VỀ TRẺ

Tên họ:		Dị ứng:	
Ngày sinh:	Ngôn ngữ chính/ Cách truyền đạt chính:		
Địa chỉ nơi cư ngụ:			
Cha mẹ/ Người giám hộ:		Quan hệ:	
Số nhà:		Các số khác:	
Chẩn đoán:			

Thuốc	Liều dùng	Thuốc	Liều dùng

Liên hệ khẩn cấp:	Quan hệ:	Các số điện thoại:
-------------------	----------	--------------------

THÔNG TIN VỀ BÁC SĨ

Bác sĩ chính:	Điện thoại:	Fax:
Bác sĩ chuyên khoa:	Điện thoại:	Fax:
Bác sĩ chuyên khoa:	Điện thoại:	Fax:

Bảo hiểm:

THÔNG TIN VỀ NHÀ THUỐC

Tên:	
Địa chỉ:	Điện thoại:

KHÁC/ ỒNG/ THIẾT BỊ

Những điều quan trọng nhất cần biết về con tôi trong trường hợp khẩn cấp:

Liên hệ khẩn cấp

Tên: Địa chỉ:	Ngày sinh: Các số điện thoại:
Hồ sơ y tế số: Bệnh viện ưa chuộng:	Bảo hiểm: Thông tin về người đăng ký bảo hiểm:
Thông tin về Cha hay Mẹ/ Người giám hộ Tên: Điện thoại:	Thông tin về Cha hay Mẹ/ Người giám hộ Tên: Điện thoại:
Thông tin liên hệ khẩn cấp Tên: Quan hệ: Điện thoại:	Thông tin liên hệ khẩn cấp Tên: Quan hệ: Điện thoại:
Thông tin liên hệ của Bác sĩ	
Bác sĩ chính: Số điện thoại:	Bác sĩ chuyên khoa: Chuyên khoa: Số điện thoại:
Bác sĩ chuyên khoa: Chuyên khoa: Số điện thoại:	Bác sĩ chuyên khoa: Chuyên khoa: Số điện thoại:
Bác sĩ chuyên khoa: Chuyên khoa: Số điện thoại:	Bác sĩ chuyên khoa: Chuyên khoa: Số điện thoại:

Kế hoạch là gì?

Tên của trẻ: _____

Thắc mắc/ Quan ngại:	Ngày:	Ngày:	Ngày:
Hôm nay tôi muốn nói về điều gì? <ul style="list-style-type: none">• Có gì mới?• Quan ngại?			
Tôi mong mọi điều gì sẽ xảy ra? <ul style="list-style-type: none">• Ngày hôm nay• Từ bác sĩ• Để cho tôi (bệnh nhân) làm			
Các bước kế tiếp? Điều gì cần phải làm? <ul style="list-style-type: none">• Đổi thuốc• Phòng xét nghiệm• Trang thiết bị			
Ai sẽ làm điều này? <ul style="list-style-type: none">• Bệnh nhân• Cha mẹ• Các bác sĩ• Các y tá			
Thời hạn? (khung thời gian)			
Chúng tôi sẽ theo dõi bằng cách nào?			

