

Bảng Câu Hỏi Cho Bệnh Nhân Nhi Khám Về Di Truyền

Xin vui lòng hoàn tất mẫu đơn và gửi thư, hoặc fax về văn phòng chúng tôi (địa chỉ và số fax được liệt kê ở phía trên). Sau khi mọi thông tin được thu nhận, chúng tôi sẽ tiến hành lấy hẹn cho bạn hoặc con của bạn.

Tên bệnh nhân: _____ SN: _____

Tên mẹ: _____ SN: _____

Tên bố: _____ SN: _____

Địa chỉ: _____

Số ĐT nhà: _____

Số ĐT cơ quan của mẹ: _____ Số ĐT di động của mẹ: _____

Số ĐT cơ quan của bố: _____ Số ĐT di động của bố: _____

Tên của người hoàn tất phiếu này: _____

Quan hệ với bệnh nhân: _____

Thông Tin Chuyển Khám

Ai đã chuyển bạn sang khám chúng tôi? _____

Vì lý do gì mà bạn được chuyển sang chúng tôi? _____

Bạn có những thắc mắc cụ thể nào cần được bác sĩ trực tiếp trả lời? Xin điền vào khoảng trống phía dưới.

Thai Sử

Mẹ của bệnh nhân đã có thai bao nhiêu lần? _____

Mẹ của bệnh nhân có tổng số bao nhiêu người con (xin liệt kê tuổi, giới tính và tên)? _____

Tất cả những người con trên, đều cùng một cha mẹ? (Nếu "Không", xin giải thích) _____

Người mẹ đã từng trải qua những tình trạng sau (xin nêu rõ số lần):

- Xảy thai (Xin nêu cụ thể: _____)
- Thai lưu (Xin nêu cụ thể: _____)
- Thai ngoài tử cung (Xin nêu cụ thể: _____)
- Phá thai (Xin nêu cụ thể: _____)

Xin cho biết tuổi của mẹ khi sinh bệnh nhân? _____

Xin cho biết tuổi của bố khi sinh bệnh nhân? _____

Thông Tin Liên Quan Đến Thời Kỳ Người Mẹ Mang Thai Bệnh Nhân

Thời gian mang thai: _____ (Ngày sinh dự đoán _____)

Bao lâu trong lúc có thai thì người mẹ được bác sĩ theo dõi? (VD: 40 tuần) _____

Trong quá trình mang thai, người mẹ có gặp phải những vấn đề sau đây? (Nếu "Có", xin mô tả cụ thể)

- | Có | Không | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chảy máu nơi âm đạo, hoặc xuất dịch? (Xin nêu cụ thể: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhiễm trùng, nổi mẩn đỏ hay các bệnh khác? (Xin nêu cụ thể: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sốt trên 101°F? (Xin nêu cụ thể: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chụp X quang, nhập viện hay trải qua phẫu thuật? (Xin nêu cụ thể: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hút thuốc, uống rượu hoặc tiếp xúc với khói thuốc? (Xin nêu cụ thể: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dùng thuốc kích thích hoặc các loại thuốc khác (bên cạnh vitamin và chất sắt) (Xin nêu cụ thể: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Siêu âm (Nếu "Có", thì có phát hiện được những gì bất thường: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiếp xúc với hóa chất nơi làm hoặc các tiếp xúc có hại khác (Xin nêu cụ thể: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Từng kiểm tra huyết dịch/Kiểm tra DNA của thai trong máu mẹ (Xin nêu cụ thể: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kiểm tra nước ối hoặc CVS (Xin nêu cụ thể: _____) |

Lúc nào thì người mẹ cảm thấy em bé bắt đầu di chuyển? _____ tháng

Người mẹ có cảm thấy những di chuyển đó là "bình thường"? (Nếu "Không", xin nêu) _____

Tiểu Sử Khi Sinh Của Bệnh Nhân:

Nơi sinh (Bệnh viện): _____

Phương pháp sinh: Tự nhiên qua âm đạo Mổ (Nếu mổ, xin nêu rõ nguyên nhân: _____)

Có vấn đề gì xảy ra khi sinh? Nếu có, xin nêu cụ thể: _____

Cân nặng lúc mới sinh: _____

Chiều dài lúc mới sinh: _____

Chu vi đầu lúc mới sinh (nếu biết rõ): _____

Điểm APGAR (nếu biết rõ): _____

Kiểm tra thính giác lúc mới sinh? _____

Có bất cứ vấn đề gì đáng chú ý trong khoảng thời gian bé chào đời (ví dụ: khó thở, vàng da, những vết bốt bất thường hoặc các biểu hiện sinh lý bất thường): _____

Bé phải ở lại bệnh viện trong bao lâu sau khi sinh? _____

Có những khó khăn gì khi cho ăn (v.d. vấn đề về mút và nuốt, hay chất lỏng chảy qua đường mũi)? (Nếu "Có", xin mô tả) _____

Bệnh nhân được bú mẹ? bú bình? cả hai?

Tiểu Sử Phát Triển Của Bệnh Nhân

Vào khoảng bao nhiêu tuổi thì bệnh nhân bắt đầu:

- _____ cười
- _____ ngừng được cổ
- _____ lăn qua
- _____ với lấy đồ vật
- _____ ngồi một mình không cần hỗ trợ
- _____ bò
- _____ đứng với hỗ trợ
- _____ nín để đứng dậy
- _____ đi
- _____ nói từ đầu tiên

Bệnh nhân hiện tại nói được bao nhiêu từ? _____

Bệnh nhân có thể nói được thành từng câu? Nếu được thì khoảng bao nhiêu từ trong một câu? _____

Lời nói của bệnh nhân có thể hiểu được? _____

Bệnh nhân có hiện đang tham gia vào:

- các hoạt động của trường (địa điểm và thời lượng tham gia)
 - các lớp học thông thường? _____
 - các lớp học đặc biệt? _____
- các chương trình trị liệu (dạng trị liệu, địa điểm và thời lượng tham gia: _____)
- các chương trình hỗ trợ sớm (địa điểm và thời lượng tham gia: _____)

Bệnh Sử Của Bệnh Nhân

Bệnh nhân đã từng trải qua những căn bệnh trầm trọng nào? (Nếu "Có", xin mô tả): _____

- | Có | Không | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nhập viện? (Nếu "Có", xin nêu cụ thể ngày, thời gian bao lâu, bệnh viện và lý do nhập viện): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Phẫu thuật (Nếu "Có", xin nêu cụ thể): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Co giật (Nếu "Có", xin nêu cụ thể): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Các đánh giá và kiểm tra trước đây (Nếu "Có", xin nêu cụ thể): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Những kiểm tra di truyền về trước (Nếu "Có", xin nêu cụ thể): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quang tuyến (Như X-Quang, MRI, chụp CT v.v; nếu "Có", xin nêu cụ thể): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bệnh nhân có gặp các bác sĩ chuyên khoa nào khác (Nếu "Có", xin nêu cụ thể): _____ |

