

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Lớp: _____ Trường / Năm học: _____

Thông tin sau đây rất hữu ích cho y tá trong việc xác định bất kỳ nhu cầu đặc biệt nào cho con của quý vị ở trường. Hãy trả lời các câu hỏi với khả năng tốt nhất của quý vị và gửi lại mẫu đơn này cho y tá trường học của con quý vị.

TIỀN SỬ BỆNH HEN SUYỄN

- Học sinh của quý vị bị hen suyễn bao lâu rồi? _____ Được chẩn đoán khi nào? _____
- Học sinh của quý vị đã **bao giờ** trải qua hoặc có tiền sử của:

- Lên cơn hen suyễn nặng đột ngột? ☐ KHÔNG ☐ CÓ
 - Gọi 911 do các triệu chứng hen suyễn? ☐ KHÔNG ☐ CÓ
 - Đã từng đặt nội khí quản/thở máy? ☐ KHÔNG ☐ CÓ

- Trước đây có vào ICU không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ
 - Trước đây có nhập viện không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ
 - Có uống thuốc steroid không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ

* Nếu trả lời **CÓ** cho bất kỳ mục nào ở trên, vui lòng giải thích rõ: _____

- Học sinh của quý vị đã được bác sĩ chuyên gia thăm khám về bệnh hen suyễn hoặc dị ứng chưa? ☐ KHÔNG ☐ CÓ
- Đã thực hiện các xét nghiệm dị ứng chưa? ☐ KHÔNG ☐ CÓ, khi nào? _____ Dương tính với chất gây dị ứng? _____
- Ngoài bệnh hen suyễn, học sinh còn có bất kỳ tình trạng sức khỏe nào khác mà chúng tôi cần lưu ý không? ☐ Không ☐ Có (Ví dụ: sốc phản vệ, dị ứng, các vấn đề về tim mạch, hô hấp, sức khỏe tâm thần) Nếu có, vui lòng giải thích: _____

HỒ SƠ BỆNH HEN SUYỄN

- MỨC ĐỘ NGHIÊM TRỌNG: Đánh dấu vào ô thích hợp để mô tả các triệu chứng của học sinh:

	Độ nghiêm trọng	Triệu chứng	Sử dụng Ống hít Inhaler Tác dụng Ngắn	Triệu chứng Ban đêm
☐	Nhẹ Không thường xuyên	2 ngày hoặc ít hơn cho mỗi tuần - Không gây ảnh hưởng tới các hoạt động bình thường	2 ngày hoặc ít hơn cho mỗi tuần	2 lần hoặc ít hơn cho mỗi tháng
☐	Nhẹ nhưng Thường xuyên	- Hơn 2 ngày mỗi tuần nhưng không phải hàng ngày - Hạn chế nhỏ đối với các hoạt động bình thường	Hơn 2 ngày mỗi tuần nhưng không phải hàng ngày	3 - 4 lần mỗi tháng
☐	Trung bình nhưng Thường xuyên	- Triệu chứng hàng ngày - Một số hạn chế đối với các hoạt động bình thường	Hàng ngày	Hơn 1 lần mỗi tuần, nhưng không phải hàng đêm
☐	Nghiêm trọng Thường xuyên	- Suốt cả ngày - Hạn chế hầu hết đối với các hoạt động bình thường	Vài lần mỗi ngày	Thường xuyên, đôi khi mỗi đêm

- Trong vòng **1 năm qua**, học sinh đã bao nhiêu lần:

	KHÔNG CÓ	1 LẦN	2-4	>4
• Nhập viện qua đêm hoặc lâu hơn do hen suyễn:	☐	☐	☐	☐
• Điều trị tại phòng cấp cứu:	☐	☐	☐	☐
• Điều trị tại văn phòng bác sĩ vì hen suyễn bất thường:	☐	☐	☐	☐
• Thuốc steroid được kê đơn do tình trạng bệnh hen suyễn trầm trọng hơn:	☐	☐	☐	☐
• Nghỉ học do các triệu chứng liên quan đến hen suyễn:	☐	☐	☐	☐

- NGUYÊN NHÂN: (Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp):

☐ Tập thể dục ☐ * Bệnh hen suyễn của con tôi CHỈ do vận động gây ra	☐ Viêm đường hô hấp
☐ Chất gây dị ứng: ☐ Mạt bụi ☐ Phấn hoa ☐ Cỏ ☐ Cây ☐ Nấm mốc	☐ Thời tiết: ☐ Không khí lạnh ☐ Thay đổi thời tiết
☐ Lông thú cưng ☐ Thực phẩm:	
☐ Chất gây kích ứng trong không khí: ☐ Khói thuốc lá ☐ Ô nhiễm không khí ☐ Bụi ☐ Khói cháy rừng ☐ Mùi / hơi / nước hoa mạnh	☐ Cảm xúc mạnh ☐ Căng thẳng ☐ Cười
	☐ Khác: _____

- TRIỆU CHỨNG: (Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp):

Các triệu chứng ban đầu:

- ☐ Ho ☐ Ho dai dẳng ☐ Thở khò khè ☐ Giảm vận động ☐ Khó thở
☐ Tức ngực ☐ Ngứa chảy nước mắt ☐ Ngứa họng/cảm ☐ Nghẹt/chảy nước mũi ☐ Dễ cáu gắt
☐ Giảm sự thèm ăn ☐ Mệt mỏi ☐ Nhức đầu ☐ Đau bụng ☐ Thay đổi hành vi
☐ Giảm lưu lượng đỉnh: _____ ☐ Triệu chứng khác: _____

Các triệu chứng nghiêm trọng:

- ☐ Khó thở ☐ Ho không ngừng ☐ Nôn mửa do ho ☐ Thở khò khè khi hít vào và thở ra
☐ Thở nhanh ☐ Tức ngực ☐ Co rút cơ ngực / cơ cổ ☐ Không thể nói thành 1 câu hoàn chỉnh
☐ Phập phồng cánh mũi sắc ☐ Lo lắng / Sợ hãi ☐ Đổ mồ hôi / da ẩm ướt ☐ Da thay đổi màu
☐ Mệt mỏi ☐ Khạc ra đờm ☐ Lưu lượng đỉnh giảm: _____ ☐ Triệu chứng khác: _____

ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH HEN SUYỄN (trả lời dựa trên 1 năm qua)

10. Học sinh có các triệu chứng thường xuyên như thế nào? Vào ban ngày: _____ Số lần/tuần Vào ban đêm: _____ Số lần/tuần
 11. Giấc ngủ của học sinh có bị gián đoạn do các triệu chứng hen suyễn không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ
 12. Học sinh của quý vị có hạn chế hoặc thay đổi hoạt động thể chất do bệnh hen suyễn không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ, Xin giải thích: _____

ĐIỀU TRỊ & THEO DÕI BỆNH HEN SUYỄN

13. Học sinh của quý vị làm gì tại nhà để kiểm soát các triệu chứng hen suyễn? (Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp):

☐ Dùng thuốc ☐ Nghỉ ngơi/thư giãn ☐ Uống nước ☐ Các bài tập thở ☐ Thuốc thảo dược ☐ Khác: _____

14. **Thuốc & Kế hoạch điều trị:** Xin liệt kê TẤT CẢ các loại thuốc mà học sinh dùng để điều trị hen suyễn và dị ứng

Tên Thuốc	Liều lượng	Thời gian uống	Lý do	Nơi uống
		☐ Hằng ngày (Giờ: _____) ☐ Khi Cần thiết		☐ Nhà ☐ Trường *
		☐ Hằng ngày (Giờ: _____) ☐ Khi Cần thiết		☐ Nhà ☐ Trường *
		☐ Hằng ngày (Giờ: _____) ☐ Khi Cần thiết		☐ Nhà ☐ Trường *

* Bất kỳ loại thuốc nào được lưu giữ tại trường đều cần có giấy phép sử dụng thuốc riêng có chữ ký của bác sĩ gia đình và phụ huynh.

15. Lần cuối cùng học sinh sử dụng ống hít cấp cứu inhaler “khi cần thiết” (ví dụ: Albuterol, Symbicort, Dulera) là khi nào? Lý do là gì? _____

16. Thông thường, học sinh sử dụng ống hít cấp cứu hoặc ống hít “khi cần thiết” (ví dụ: Albuterol, Symbicort, Dulera) với tần suất như thế nào?

Ban ngày: _____ Số lần mỗi tuần Ban đêm: _____ Số lần mỗi tuần

17. Nếu học sinh mắc bệnh hen suyễn do vận động, liệu các em có sử dụng ống hít trước khi tập thể dục (ví dụ: chơi thể thao, giờ ra chơi hoặc giờ Thể dục) hay không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ ☐ N/A ☐ ĐÔI KHI, xin giải thích rõ: _____

18. Học sinh của quý vị có sử dụng Máy đo Lưu lượng Đỉnh không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ

LẬP KẾ HOẠCH Ở TRƯỜNG HỌC

19. Học sinh của quý vị đã bao giờ có kế hoạch chăm sóc sức khỏe tại trường dành cho bệnh hen suyễn chưa? ☐ KHÔNG ☐ CÓ
 20. Quý vị có cung cấp thuốc để lưu giữ tại trường không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ * *yêu cầu đơn thuốc phải có chữ ký của bác sĩ gia đình.*
 21. Quý vị có cung cấp bất kỳ thứ nào sau đây cho nhà trường không? ☐ Miếng đệm (Spacer) (nên có) ☐ Máy phun sương (Nebulizer) ☐ Máy đo chỉ số Lưu lượng Đỉnh (Peak flow) ☐ Thuốc men và Vật tư cho Tình huống Thảm họa
 22. Mức độ tự lập của học sinh trong việc uống thuốc là như thế nào? ☐ Hoàn toàn tự lập ☐ Tự sử dụng dưới sự giám sát của người lớn ☐ Người lớn cho uống thuốc
 23. Quý vị có dự định cho học sinh của mình tự mang theo ống hít cứu hộ đến trường không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ *
**Quyết định cuối cùng phụ thuộc vào sự chấp thuận của bác sĩ gia đình, phụ huynh và y tá, cũng như việc cân nhắc mức độ phát triển của học sinh.*
 24. Học sinh có thể nhận biết khi nào mình xuất hiện các triệu chứng hen suyễn và cần dùng thuốc hoặc cần giúp đỡ hay không?
☐ KHÔNG ☐ CÓ
 25. Trong môi trường trường học, học sinh của quý vị cần những nhu cầu gì? (Đánh dấu vào ô áp dụng cho nhu cầu của học sinh):
☐ Sửa đổi giờ chơi hoặc PE* ☐ Dùng thuốc trước khi tập thể dục* ☐ Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc

- ☐ Được tiếp cận nước ☐ Tránh một số loại thực phẩm ☐ Cần lập kế hoạch đặc biệt cho chuyến đi thực địa
☐ Tránh động vật ở trường ☐ Tránh những mùi nồng

*** Yêu cầu giấy cho phép từ bác sĩ gia đình và sự theo dõi từ y tá trường học.**

26. Học sinh có tham gia vào các hoạt động / thể thao sau giờ học trong năm học này không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ *, hoạt động gì? _____

***Phụ huynh / Người giám hộ phải thông báo cho nhân viên giám sát về tình trạng sức khỏe của học sinh.**

***Các chương trình không do nhà trường bảo trợ tại các cơ sở của ESD sẽ không được tiếp cận các loại thuốc được lưu trữ tại trường.**

ĐIỀU PHỐI CHĂM SÓC

27. Bác sĩ nào hiện đang điều trị bệnh hen suyễn cho học sinh của quý vị? _____
28. Học sinh của quý vị có bảo hiểm y tế không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ, bảo hiểm nào? _____
29. Quý vị có gặp khó khăn gì khi mua thuốc điều trị hen suyễn hoặc kết nối với bác sĩ không? ☐ KHÔNG ☐ CÓ, xin giải thích rõ: _____

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: _____ **Mối quan hệ:** _____ **Ngày:** _____