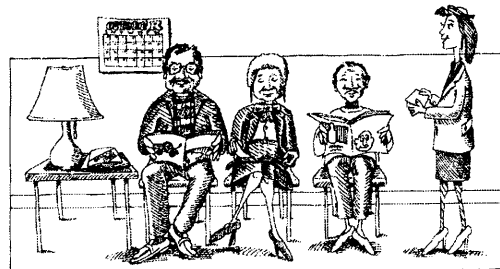


Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: ____/____/____
(tháng) (ngày) (năm)

Bản Hỏi Đáp để Phân Loại Chứng Ngừa cho Người Lớn



Dành cho bệnh nhân: Những câu hỏi sau sẽ giúp chúng tôi quyết định có thể cho quý vị dùng những loại thuốc chủng nào hôm nay. Nếu quý vị trả lời “có” cho bất cứ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết có nghĩa là quý vị không nên chích ngừa, mà chỉ có nghĩa là cần phải hỏi thêm một số câu hỏi. Nếu có câu hỏi nào không rõ ràng, xin nhờ chuyên viên chăm sóc sức khỏe giải thích cho quý vị.

	Có	Không	Không Biết
1. Hôm nay quý vị có bệnh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quý vị có bị dị ứng với thuốc men, thực phẩm, hoặc bất cứ thuốc chủng nào không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quý vị có khi nào từng bị phản ứng nghiêm trọng sau khi chủng ngừa không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quý vị có vấn đề sức khỏe kinh niên về bệnh tim, bệnh phổi, suyễn, bệnh thận, bệnh chuyển hóa (như tiểu đường), thiếu máu, hoặc bệnh khác về máu không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quý vị có bị ung thư, bệnh bạch cầu, AIDS, hoặc bất cứ chứng bệnh miễn nhiễm nào khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quý vị có đang dùng cortisone, prednisone, các loại steroids khác, hay thuốc chống ung thư, hoặc quý vị từng được trị liệu bằng phóng xạ không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quý vị có bao giờ từng có vấn đề về giật kinh, não, hay thần kinh không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trong năm vừa qua, quý vị có được truyền máu hay nhận các sản phẩm máu không, hoặc được cho dùng một loại thuốc gọi là immune (gamma) globulin hay thuốc chống virus không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dành cho phụ nữ: Quý vị đang mang thai hoặc quý vị có thể tình cờ thụ thai trong tháng tới không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quý vị có dùng bất cứ loại thuốc chủng nào trong vòng 4 tuần qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Người điền mẫu: _____ Ngày: _____

Người duyệt mẫu: _____ Ngày: _____

Quý vị có mang theo thẻ hồ sơ chủng ngừa không? có không

Điều quan trọng là quý vị nên có một hồ sơ ghi những lần chủng ngừa của mình. Nếu quý vị không có hồ sơ cá nhân, hãy yêu cầu chuyên viên chăm sóc sức khỏe lập hồ sơ cho quý vị. Giữ hồ sơ này ở nơi an toàn và mang theo hồ sơ mỗi lần quý vị nhận chăm sóc y khoa. Nhớ nhắc chuyên viên chăm sóc sức khỏe ghi vào hồ sơ tất cả những lần chủng ngừa của quý vị.