

PHỤ LỤC 7B. BIỂU MẪU THĂM TẠI NHÀ LẦN TIẾP THEO

Biểu mẫu Chăm sóc tại nhà lần tiếp theo cho người lớn nhiễm HIV

I. Đánh giá lâm sàng

I a. Phần đánh giá các dấu hiệu sinh tồn

Nhiệt độ: °C Mạch:/ phút Nhịp thở:/ phút, Huyết áp: .../... mmHg

Cân nặng: ... kg Mức độ đau (thang từ 0-10; 0 là không đau):

I b. Đánh giá thể trạng:

Mức độ hoạt động của cơ thể:

Người nhiễm HIV có thể tự chăm sóc bản thân không? Có ☐ Không ☐

Nếu không, người nhiễm HIV vẫn có thể:

a. Ra khỏi giường và đi quanh nhà hoặc tự đi dạo mỗi ngày: Có ☐ Không ☐

b. Tự tắm rửa: Có ☐ Không ☐

c. Tự ăn uống: Có ☐ Không ☐

d. Tự đi vệ sinh: Có ☐ Không ☐

e. Tự xoay trở mình được trên giường: Có ☐ Không ☐

Những vấn đề hiện tại do chính người nhiễm HIV nêu ra: (Khuyến khích người nhiễm HIV tự nêu ra vấn đề của mình)

.....

.....

.....

.....

.....

Hỏi người nhiễm HIV những vấn đề sau nếu người nhiễm HIV chưa đề cập tới:

☐ Sốt	☐ Mệt mỏi	☐ Sụt cân	☐ Không ăn được, biếng ăn
☐ Mất nước	☐ Tiêu chảy	☒ Khó thở	☐ Ho
☐ Đau (toàn bộ cơ thể, đầu, đau bụng, cổ,)	☐ Bệnh lý ngoài da (nổi mẩn, ngứa, lở loét, áp xe, vàng da)	☐ Đau họng, loét miệng	☐ Mất ngủ

☐ Nôn hoặc buồn nôn	☐ Táo bón	☐ Sinh dục: Viêm loét, khí hư, ngứa	☐ Tê nhức, mất cảm giác tay chân
☐ Lú lẫn, lúc quên lúc nhớ	☐ Lo lắng quá độ	☐ Tuyệt vọng, chán nản	☐ Nổi hạch

Những phát hiện chính:

.....

.....

.....

.....

.....

☐ Mắt:	Bình thường	Bệnh lý:
☐ Miệng, hầu họng:	Bình thường	Bệnh lý:
☐ Hô hấp:	Bình thường	Bệnh lý:
☐ Hạch:	Bình thường	Bệnh lý:
☐ Da:	Bình thường	Bệnh lý:
☐ Bụng:	Bình thường	Bệnh lý:
☐ Vùng sinh dục:	Bình thường	Bệnh lý:

Ic. Thông tin về sinh hoạt tình dục:

==> Hướng dẫn người nhiễm HIV nên dùng bao cao su và cách mang bao cao su khi sinh hoạt tình dục.

==> Cung cấp bao cao su cho người nhiễm HIV.

Những hỗ trợ, chăm sóc đã được thực hiện:

.....

.....

.....

.....

.....
.....
Những vật dụng đã cung cấp cho người nhiễm HIV hoặc gia đình:
.....
.....
.....
.....
.....

II. Đánh giá các yếu tố tinh thần/xã hội

Những vấn đề đã thảo luận:
.....
.....
.....

Những kế hoạch giải quyết cho những vấn đề đó:
.....
.....
.....

Ghi nhận những phát hiện chính và các chăm sóc đã thực hiện vào Sổ Y Bạ (Sổ Khám Bệnh) của người nhiễm HIV.

III. Chuyển tuyến:

Lý do chuyển tuyến: Nơi chuyển đến:
.....

Thông tin liên lạc của nơi chuyển tuyến:
.....

Những điều nhóm CSTN muốn theo dõi:
.....
.....
.....

Ngày hẹn thăm tại nhà tiếp theo/...../20Giờ:

Họ tên thành viên nhóm CSTN:

Ký tên: Ngày tháng: .../.../ 20

Mã số khách hàng:

Ngày:/...../.....

Biểu mẫu Chăm sóc tại nhà lần tiếp theo cho trẻ nhiễm HIV**Phần 1: Tình trạng HIV, Dinh dưỡng và Tiêm chủng**

1c. Nếu trẻ đã được xét nghiệm khẳng định tình trạng HIV, kết quả là ☐ Dương tính ☐ Âm tính

5a. Hiện trẻ đang được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ?

☐ Có ☐ Không

5b. Trẻ đang ăn dặm thêm (các loại thực phẩm, các loại dung dịch hoặc bao gồm cả uống thêm nước ngoài sữa mẹ)?

☐ Có ☐ Không

5c. Nếu trẻ đang được nuôi bằng sữa ngoài, gia đình có biết cách pha sữa đúng cách và hợp vệ sinh không?

☐ Có ☐ Không

5d. Nếu trẻ đã cai sữa, trẻ có ăn uống bình thường không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, những vấn đề đó là gì?

6. Trẻ đã tiếp tục tiêm chủng loại vacxin nào rồi thì điền vào bảng sau:

Vắc xin	Có	Số lần	Đã hoàn thành?	Vắc xin	Có	Số lần	Đã hoàn thành?
BCG (Lao)				Viêm gan B			
Bạch hầu – Ho gà – Uốn ván				Viêm não Nhật Bản			
Bại liệt				Loại khác			
Sởi				Loại khác			

Phần 2: Bệnh sử, Triệu chứng và Chăm sóc

7a. Hiện tại trẻ có bị mắc triệu chứng nào sau đây không?

☐ Có (Nếu có, đánh dấu vào bảng sau) ☐ Không

	Triệu chứng	Có	Hiện tại
Tình trạng chung	Không thể uống hay bú được Khóc liên tục không rõ nguyên nhân		

	Co giật		
	Ngủ lịm hoặc lơ mơ		
	Các dấu hiệu mất nước (môi, lưỡi khô; mắt trũng; da kém độ đàn hồi; nước tiểu ít)		
	Không lên cân/cân nặng thấp so với Biểu đồ tăng trưởng		
	Đau trầm trọng		
	Đau vừa hoặc nhẹ		
	Sưng hạch kéo dài trên >2 tuần		
	Sốt >38⁰C kéo dài trên 24 giờ		
	Sốt <38 ⁰ C kéo dài trên 2 tuần		
Tiêu hoá	Nôn nhiều		
	Tiêu chảy cấp > 5 lần trong 24 giờ		
	Tiêu chảy mạn kéo dài >14 ngày		
	Tiêu chảy nhẹ: 3 lần/ngày; không có máu		
	Nấm miệng		
	Chán ăn		
Da	Dị ứng trong khi uống ARV hoặc Cotrimoxazole		
	Giời leo (Zona)		
	Chốc mép		
	Da ngứa		
	Ghẻ		
	Nấm da		
Hô hấp	Khó thở/Thở nhanh/Có đờm xanh		
	Ho liên tục >2 tuần		
	Viêm tai hoặc chảy mủ tai		
	Viêm mũi/họng		
Thần kinh	Đau đầu liên tục		

	Nhìn kém		
	Đi lại kém		
	Buồn; Căng thẳng; Thu mình; tự cô lập, không hoạt động vui chơi như các trẻ cùng lứa tuổi khác		
* Màu ghi = Cung cấp chăm sóc triệu chứng tại nhà nếu có thể rồi chuyển ngay đến PKNT nhanh nhất có thể! * Màu trắng = Cung cấp chăm sóc triệu chứng tại nhà; chuyển đến PKNT trong vòng 1 tuần nếu không tiến triển			
7b. Các triệu chứng khác:			
8. CD4:/mm3% Ngày xét nghiệm:/...../			
9. Trẻ phát triển phù hợp với lứa tuổi? ☐ Có ☐ Không			
10. Loại thuốc nào trẻ đã uống và/hoặc đang uống? ☐ Không hoặc			
☐ Điều trị lao ☐ Dự phòng Cotrimoxazole ☐ ARV (cụ thể phác đồ) ☐ Vitamin	☐ Trước kia ☐ Hiện tại ☐ Trước kia ☐ Hiện tại ☐ Trước kia ☐ Hiện tại ☐ Trước kia ☐ Hiện tại		
☐ Khác (đồng y, các thuốc y học dân tộc, thuốc không có kê đơn của BS, v.v...)			
.....	☐ Trước kia ☐ Hiện tại ☐ Trước kia ☐ Hiện tại		
Dấu hiệu toàn thân/Thăm khám thực thể/Chăm sóc đã thực hiện			
11. Nhiệt độ: ⁰ C Mạch:/phút Nhịp thở:/phút Chiều cao: cm Cân nặng:kg			
12. Chăm sóc đã thực hiện:			
13. Các thuốc đã cấp phát/các hướng dẫn đã thực hiện:			
14. Các hướng dẫn tự chăm sóc:			

Phần 3: Tuân thủ và Chuyển tuyến

15a. Đánh giá tuân thủ điều trị ARV

- ☐ Trẻ và người chăm sóc hiểu rõ cách uống thuốc và đã tuân thủ >95%
- ☐ Trẻ và người chăm sóc cần hỗ trợ tuân thủ điều trị từ nhóm CSTN
- ☐ Trẻ và người chăm sóc cần được chuyển tới PKNT để được hỗ trợ tuân thủ

15b. Thuốc Cotrimoxazole và thuốc Lao

- ☐ Trẻ và người chăm sóc hiểu rõ cách uống thuốc và đã thực hiện tuân thủ tốt
- ☐ Trẻ và người chăm sóc cần hỗ trợ tuân thủ điều trị từ nhóm CSTN
- ☐ Trẻ và người chăm sóc cần được chuyển tới PKNT để được hỗ trợ tuân thủ

15c. Hỗ trợ đã thực hiện (nếu cần):

16a. Cần chuyển tuyến để: (điền vào phiếu chuyển tuyến và lưu lại tại PKNT)

Xét nghiệm HIV ☐ Chăm sóc Y tế khẩn cấp/PKNT ☐ Chăm sóc Y tế thông thường/PKNT

☐ Dinh dưỡng ☐ Tiêm chủng ☐ Hỗ trợ tuân thủ ☐ UB Chăm sóc TE/Quỹ phúc lợi Xã hội

☐ Khác:

16b. Cơ sở chuyển tuyến đến – Thông tin liên lạc:

16c. Tiếp tục trong việc hỗ trợ chuyển tuyến:

Phần 4: Tóm tắt các vấn đề chính của trẻ

Ghi tóm tắt tình trạng sức khỏe của trẻ và các vấn đề liên quan khác cần theo dõi tiếp

17. Lần hẹn thăm trẻ tiếp theo: Ngày://

Người thực hiện:

Tên và Chữ ký: