

PHỤ LỤC 7A

BIỂU MẪU CHĂM SÓC TẠI NHÀ LẦN ĐẦU

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

Trong lần chăm sóc đầu tiên, anh/chị có thể gặp người bệnh đang trong tình trạng sức khỏe rất yếu cần can thiệp y tế kịp thời. Vì vậy hãy thực hiện các bước hướng dẫn sau đây:

==> Phát hiện dấu hiệu nguy hiểm của người bệnh (xem bảng dưới)

==> Nếu tình trạng người bệnh ổn định - anh/chị hãy thực hiện tuân thủ các bước thăm khám và chăm sóc tại nhà thông thường như ở trang sau.

==> Khi phát hiện dấu hiệu nguy hiểm, hãy báo cho người bệnh và gia đình rõ và đề nghị gia đình chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp để được điều trị và chăm sóc.

■ Nếu gia đình đồng ý chuyển tuyến:

- Ổn định tình trạng của người bệnh (làm hạ sốt, đặt bệnh nhân ở tư thế dễ thở,...).
- Sắp xếp phương tiện đi lại và báo cho cơ sở y tế tiếp nhận người bệnh.
- Hỗ trợ chuyển tuyến cùng người bệnh đến cơ sở y tế và giúp làm các thủ tục nhập viện cần thiết.
- Ghi lại các dấu hiệu sinh tồn và các thông tin liên quan khác của người bệnh vào sổ y bạ giúp cơ sở y tế hiểu rõ tình trạng của người bệnh.

■ Nếu gia đình không đồng ý chuyển tuyến:

- Tiếp tục thực hiện các bước đánh giá theo thứ tự trong biểu mẫu thăm khám đầu tiên, lên lịch lần thăm khám tiếp theo và thông báo cho nhóm CSTN

■ Nếu gia đình không đồng ý và người bệnh đang trong tình trạng hấp hối:

- Cung cấp chăm sóc hỗ trợ tốt nhất có thể cho người bệnh.
- Hướng dẫn người nhà các biện pháp cần thực hiện giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu nhất.
- Cung cấp cho người nhà đủ thuốc giảm đau để người bệnh có thể uống mỗi khi cơn đau xuất hiện.
- Hướng dẫn người nhà cách cho uống thuốc đúng giờ.
- Cung cấp các loại thuốc và vật dụng cần thiết khác.

Các dấu hiệu nguy hiểm:
■ Bất tỉnh /hôn mê.
■ Bị choáng, sốc (bất mạch thấy yếu và nhanh, da lạnh)
■ Khó thở, hoặc thở nhanh và nông

- Co giật (hiện tại đang giật hoặc mới xảy ra)
- Đau dữ dội
- Mất nước (mắt trũng, da nhăn nheo khi véo và lâu trở lại bình thường)
- Sốt cao và kéo dài.
- Ho kéo dài hơn hai tuần và rất mệt.

Nếu tình trạng người bệnh đang ổn định hay bệnh nặng nhưng đang điều trị ARV, anh/chị vẫn cần xem xét đến việc nhập viện khi:

- Có biểu hiện nổi ban nặng toàn thân
- Trông ốm yếu và xanh xao
- Mặc dù đang uống ARV nhưng tình trạng bệnh không thuyên giảm.
- Người bệnh không tuân thủ điều trị ARV đúng cách (đúng giờ, đúng liều, uống mỗi ngày)

Ghi nhớ: Tất cả các người bệnh HIV /AIDS cần được khuyến đến đăng ký tại PKNT và tham gia Nhóm hỗ

trợ người nhiễm HIV

I. KHAI THÁC BỆNH SỬ VÀ 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. Tiền sử và đánh giá thể trạng:

■ Người bệnh có hồ sơ bệnh án không: Có ☐ Không ☐ Sổ Y Bạ: Có ☐ Không ☐

☐ (Nếu người bệnh đã được cấp sổ Y bạ, hãy kiểm tra để biết tình trạng sức khỏe gần đây nhất và những thuốc đã được PKNT kê đơn).

☐ Lao:

- Khám sàng lọc lao: Có ☐ Không ☐
- Được chẩn đoán nhiễm lao: Có ☐ Không ☐
- Đang điều trị lao: Có ☐ Không ☐

■ ARV:

- Đang điều trị hoặc đã từng điều trị thuốc ARV: Có ☐ Không ☐
- Thời điểm bắt đầu điều trị? Tháng năm
- Vẫn đang uống thuốc ARV: Có ☐ Không ☐

Các loại thuốc: (yêu cầu người bệnh cho xem các loại thuốc họ đang uống)

Thuốc dự phòng:

■ Cotrimoxa zole Có ☐ Không ☐ Kê đơn bởi:

■ Fluconazole Có ☐ Không ☐ Kê đơn bởi:

Thuốc điều trị:

■ Phác đồ Lao: Kê đơn bởi:

■ Phác đồ ARV: Kê đơn bởi:

Các loại thuốc khác:

■ Tên thuốc: Kê đơn bởi:

■ Tên thuốc: Kê đơn bởi:

■ Tên thuốc: Kê đơn bởi:

Mức độ hoạt động của cơ thể:

■ Người bệnh có thể tự chăm sóc bản thân không? Có ☐ Không ☐

■ Nếu không, người bệnh 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 ☒

Nếu câu trả lời luôn là KHÔNG, gia đình hoặc người chăm sóc bệnh cần hỗ trợ những gì?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Những vấn đề hiện tại do chính người bệnh nêu ra:

Hãy khuyến khích người bệnh tự nêu ra vấn đề của mình: “Anh/chị có thể cho tôi biết anh /chị đang cảm thấy như thế nào không? Anh/chị có thấy đau hay khó chịu ở chỗ nào không?”

Hỏi người bệnh những vấn đề sau nếu họ chưa đề cập tới:

☐ Sốt	☐ Mệt mỏi	☐ Sốt cao	☐ Không ăn được, biếng ăn
☐ Mất nước	☐ Tiêu chảy	☐ Khó thở	☐ Ho
☐ Đau	☐ Bệnh lý ngoài 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:

Những hỗ trợ, chăm sóc đã được thực hiện:

.....

.....
.....
.....
.....
Những vật dụng đã cung cấp cho người bệnh /gia đình:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
Ghi nhận những phát hiện chính và các chăm sóc đó thực hiện vào Sổ Y bạ (Sổ Khám bệnh) của người nhiễm HIV.

I c. Hướng dẫn người bệnh cách tự chăm sóc và tăng cường khả năng của họ

■ Được hướng dẫn cho gia đình biết cách tự chăm sóc: Có ☐ Không ☐.

■ Những chủ đề được hướng dẫn gồm:

.....
.....
■ Hỏi xem người bệnh có muốn tham gia các buổi sinh hoạt nhóm hỗ trợ người nhiễm HIV không? Có ☐ Không ☐.

■ Nếu có, giới thiệu người bệnh đến

■ Sắp xếp và dẫn người bệnh đến tham gia vào buổi sinh hoạt sắp tới. Có ☐ Thời gian: ngày//

I d. Thông tin về sinh hoạt tình dục:

■ Hiện tại anh /chị có duy trì quan hệ tình dục không? Có ☐ Không ☐.

■ Nếu có, anh chị có sử dụng bao cao su không? Có ☐ Không ☐.

■ Anh/chị có nhu cầu được cung cấp bao cao su không? Có ☐ Không ☐.

==> Hướng dẫn họ cách sử dụng bao cao su trên mô hình dương vật gỗ. Sau đó yêu cầu họ thực hành

==> Cung cấp bao cao su cho họ.

Nhận xét:

.....
...
I e. Thông tin sử dụng các loại chất gây nghiện:

■ Anh/chị hiện còn sử dụng ma túy không? Có ☐ Không ☐ Nếu có, loại đang sử dụng:

■ Anh/chị có tiêm chích không? Có ☐ Không ☐ - Nếu có, liệt kê loại thuốc:

■ Anh/chị có sử dụng bơm kim tiêm sạch không? Có ☐ Không ☐ - Nếu có, dùng bao nhiêu ống một ngày? ống / ngày.

(Nếu có, giới thiệu người nhiễm đến nhóm sinh hoạt dành cho những người nghiện ma túy tại khu vực).

■ Anh chị có mong muốn được hỗ trợ giảm hoặc cai nghiện không? Có ☐ Không ☒

(Nếu có, giới thiệu người nhiễm đến nhóm sinh hoạt dành cho những người nghiện chích tại khu vực).

Nhận xét:

.....
.....

II. ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ TINH THẦN/XÃ HỘI

☐ Ngoài những yếu tố sức khỏe, anh/chị thấy tinh thần mình như thế nào? Anh/chị có điều gì có thể tâm sự, chia sẻ với tôi không? Anh/chị có đang lo lắng hay phiền muộn điều gì không?

Có ☐ Không ☐

■ Anh/chị có nhu cầu giúp đỡ gì về mặt xã hội không? Có ☐ Không ☒

Những vấn đề đã thảo luận:

.....
.....
.....

Những kế hoạch giải quyết cho những vấn đề đó:

.....
.....

III. Đánh giá các nhu cầu về con cái (nếu có)

Đặt câu hỏi: Anh/chị có lo lắng hay có vấn đề gì liên quan đến con cái như sức khỏe, việc học hành, kế hoạch tương lai, tình trạng HIV ... của các cháu hay không? Có ☐ Không ☒

Những vấn đề đã thảo luận:

.....
.....
.....

Những kế hoạch hai bên đã thảo luận để thực hiện:

.....

IV. Thông tin về người nhà chăm sóc người nhiễm HIV:

■ Hàng ngày anh /chị dành bao nhiêu thời gian để chăm sóc người nhiễm HIV khi ốm?

■ Có ai khác nữa giúp anh /chị trong việc chăm sóc họ không? Có ☐ Không ☐ Đó là ai?

■ Anh/chi gặp khó khăn gì nhất?

■ Anh/chị thấy cần được hỗ trợ gì thêm không? Có ☐ Không ☐

Những vấn đề đã thảo luận:

Những kế hoạch hai bên đã thảo luận để thực hiện:

V. CHUYÊN TUYÊN:

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/...../20.....Giờ:

Họ tên thành viên nhóm CSTN:

Ký tên: Ngày tháng:/...../ 20.....

Mã số khách
hàng:.....

Ngày://

Phiếu 6/7

Biểu mẫu Chăm sóc tại nhà lần đầu cho trẻ nhiễm HIV

Họ tên trẻ: Giới: 0 Nam 0 Nữ

Ngày sinh: Ngày Tháng Năm

Đã đăng ký tại PKNT (Nhi) hoặc khoa Nhi bệnh viện? 0 Đã đăng ký 0 Chưa

Tên của cơ sở trẻ đã được đăng ký:

Tên người liên lạc và số điện thoại của PKNT:

Mã số của trẻ tại PKNT:

Tên hoặc mã số của người chăm sóc trong gia đình:

Trẻ được giới thiệu đến PKNT bởi:

(nhóm tự lực, PKNT, VCT, chương trình PLTMC, OVC, gia đình, v.v...)

Phần 1: Tình trạng HIV, Dinh dưỡng và Tiêm chủng

1a. Tình trạng HIV của trẻ?

☐ Phơi nhiễm HIV, nhưng chưa

XN khẳng định

☐ Đã XN khẳng định nhiễm HIV

☐ Không biết

1b. Nếu chưa xét nghiệm, gia đình có kế hoạch cho trẻ đi xét nghiệm không?

☐ Có

☐ Không

1c. Nếu trẻ đã được XN khẳng định tình trạng HIV, kết quả là:

☐ Dương tính

☐ Âm tính

2. Mẹ đã được uống ARV trước-, trong-, và/hoặc sau sinh?

☐ Có uống trước sinh

☐ Có uống trong khi sinh

☐ Có uống sau sinh

☐ Không được uống

☒ Không biết

3. Trẻ đã được uống ARV dự phòng lây truyền từ mẹ sang con không?

☐ Có ☐ Không

☐ Không biết

4. Cân nặng của trẻ lúc sinh: kg

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 tiêm chủng chưa? ☐ Rồi ☐ Chưa Nếu trẻ đã tiêm bất kỳ loại vacxin nào rồi thì điền vào bảng sau:																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Vắc xin</th> <th style="width: 5%;">C ó</th> <th style="width: 10%;">Số lần</th> <th style="width: 15%;">Đã hoàn thành?</th> <th style="width: 15%;">Vắc xin</th> <th style="width: 5%;">C ó</th> <th style="width: 10%;">Số lần</th> <th style="width: 15%;">Đã hoàn thành?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG (Lao)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Viêm gan B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bạch hầu – Ho gà – Uốn ván</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Viêm não Nhật Bản</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bại liệt</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Loại khác</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sởi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Loại khác</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Vắc xin	C ó	Số lần	Đã hoàn thành?	Vắc xin	C ó	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			
Vắc xin	C ó	Số lần	Đã hoàn thành?	Vắc xin	C ó	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. Trong tuần qua hoặc 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 >38°C kéo dài trên 24 giờ		
	Sốt <38°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																				
<i>* Màu ghi = Cung cấp chăm sóc triệu chứng tại nhà nếu có thể rồi chuyển ngay đến PKNT nhanh nhất có thể!</i> <i>* Màu trắng = Cung cấp chăm sóc triệu chứng tại nhà; chuyển đến PKNT trong vòng 1 tuần nếu không tiến triển</i>																					
7b. Các triệu chứng khác:																					
7c. Từ khi sinh, trẻ đã từng bị những vấn đề gì về mặt sức khỏe?																					
8. CD4:/mm ³% 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 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>■ Điều trị lao</td> <td>☐ Trước kia ☐ Hiện tại</td> </tr> <tr> <td>■ Dự phòng Cotrimoxazole</td> <td>☐ Trước kia ☐ Hiện tại</td> </tr> <tr> <td>■ ARV (cụ thể phác đồ)</td> <td>☐ Trước kia ☐ Hiện tại</td> </tr> <tr> <td>■ Vitamin</td> <td>☐ Trước kia ☐ Hiện tại</td> </tr> <tr> <td>■ Khác (đông y, các thuốc y học dân tộc, thuốc không có kê đơn của BS, v.v...)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>☐ Trước kia ☐ Hiện tại</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>☐ Trước kia ☐ Hiện tại</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> </tr> </table>				■ Điều trị lao	☐ Trước kia ☐ Hiện tại	■ Dự phòng Cotrimoxazole	☐ Trước kia ☐ Hiện tại	■ ARV (cụ thể phác đồ)	☐ Trước kia ☐ Hiện tại	■ Vitamin	☐ Trước kia ☐ Hiện tại	■ Khác (đông y, các thuốc y học dân tộc, thuốc không có kê đơn của BS, v.v...)			☐ Trước kia ☐ Hiện tại		☐ Trước kia ☐ Hiện tại				
■ Điều trị lao	☐ Trước kia ☐ Hiện tại																				
■ Dự phòng Cotrimoxazole	☐ Trước kia ☐ Hiện tại																				
■ ARV (cụ thể phác đồ)	☐ Trước kia ☐ Hiện tại																				
■ Vitamin	☐ Trước kia ☐ Hiện tại																				
■ Khác (đông 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:°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:

Đảm bảo là Phiếu đánh giá nhu cầu Trẻ OVC và Hồ sơ về Tình trạng của Trẻ cũng cần được hoàn thành cho mỗi trẻ trong lần thăm đầu tiên