

Hồ sơ y tế



Tôi là người khuyết tật. Xin vui lòng đọc bản hồ sơ này để biết cách hỗ trợ tốt nhất cho tôi.

Ảnh của tôi

Họ và tên

Tên thường gọi

Ngày sinh

Thông tin quan trọng cần biết về bản thân tôi (ví dụ: có thể ghi lại thể mạnh, điều bản thân thấy thích hoặc tự hào):

Những người quan trọng cần liên hệ khi muốn biết về tình hình sức khỏe của tôi

Bác sĩ của tôi

Số điện thoại

Những người quan trọng khác cần liên hệ khi muốn biết về tình hình sức khỏe của tôi (ví dụ: cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, người trợ giúp, người thân hoặc bạn bè):

Mối quan hệ

Số điện thoại

Tên

Mối quan hệ

Số điện thoại

Cách thức giao tiếp của tôi

Đánh dấu tất cả các mục phù hợp

- Viết hoặc gõ chữ
- Nói chuyện
- Ngôn ngữ ký hiệu
- Chỉ vào bảng từ
- Tranh ảnh
- Thiết bị hỗ trợ
- Cử chỉ/ngôn ngữ cơ thể
- Khác

Người liên hệ khi khẩn cấp

Tên

Mối quan hệ

Số điện thoại

Tên

Mối quan hệ

Số điện thoại

Ngôn ngữ tôi nghe hiểu:

Hồ sơ y tế



Tôi bị dị ứng

Thuốc hoặc thức ăn

Các triệu chứng hoặc phản ứng của tôi (liệt kê một số phản ứng đáng chú ý)

Thuốc hoặc thức ăn

Các triệu chứng hoặc phản ứng của tôi (liệt kê một số phản ứng đáng chú ý)

Tôi cần trợ giúp

Đánh dấu tất cả các mục phù hợp

- Ăn
- Uống
- Tắm rửa
- Đi vệ sinh
- Mặc quần áo
- Khác
- Khác

Tôi có chế độ ăn hạn chế

Những loại thực phẩm tôi phải hạn chế và lý do: (ví dụ: do tiểu đường, không dung nạp được, cấu trúc, mùi vị)

Thức ăn

Lý do

Thức ăn

Lý do

Thức ăn

Lý do

Thiết bị và dụng cụ hỗ trợ của tôi

Đánh dấu tất cả các mục phù hợp

- Mắt kính
- Thiết bị/dụng cụ hỗ trợ đọc
- Thiết bị/dụng cụ hỗ trợ viết
- Xe lăn
- Động vật phục vụ
- Máy trợ thính
- Khung tập đi/gậy chống
- Khác

Biểu hiện của bản thân

Tôi có thể cảm thấy khó chịu do: (ví dụ: tiếng ồn, ánh sáng, bị đụng chạm, mùi, khẩu trang)

Khi lo lắng hoặc căng thẳng, tôi cần những điều sau đây:

Khi bị thương hoặc bị bệnh, tôi cần những điều sau đây:

Khi bị đau, tôi sẽ có biểu hiện:

Khác

Khác