

Bệnh Sử và Tiền Sử Di Truyền Của Gia Đình

Family Genetic and Medical History

Việc hoàn tất mẫu đơn này rất quan trọng nhằm bảo đảm con quý vị nhận được tất cả các dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần cần thiết khi con quý vị đang sống ngoài nhà quý vị. Bệnh sử của quý vị cũng như bất kỳ thông tin di truyền nào của gia đình sẽ cho phép các nhà cung cấp dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần hiểu rõ hơn về nhu cầu của con quý vị để cung cấp dịch vụ chăm sóc thích hợp trong khi chăm sóc. Xin cung cấp thông tin càng nhiều càng tốt.

Ngày hoàn tất:

Tên Trẻ: _____ Ngày sinh: _____

Tên người hoàn tất mẫu đơn này: _____ Thế nào là mối quan hệ với tên trẻ: _____

Mục 1: Lý Lịch Của Cha Mẹ Ruột và Bệnh Sử/Tiền Sử Di Truyền Của Gia Đình				
NĂM SINH		CHŨNG TỘC		SẮC TỘC
CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	MÀU MẮT	MÀU TÓC	TÔN GIÁO
<input type="checkbox"/> THUẬN TAY TRÁI <input type="checkbox"/> THUẬN TAY PHẢI	TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN CAO NHẤT		QUAN NGẠI VỀ HỌC TẬP	
SỞ THÍCH/QUAN TÂM/CHUYÊN NGHIỆP				

MẸ RUỘT	TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ (XIN CUNG CẤP CÁC CHẨN ĐOÁN CỤ THỂ TRONG Ô TRỐNG, NẾU CÓ)	ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT, ĐIỀU TRỊ, THUỐC	THÂN NHÂN/THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH	MỐI QUAN HỆ VỚI MẸ RUỘT	ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT, ĐIỀU TRỊ, THUỐC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rối Loạn Thiếu Tập Trung (ADD) <input type="checkbox"/> Rối Loạn Tăng Động Thiếu Tập Trung (ADHD)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Phản ứng dị ứng (ví dụ: thực phẩm, thuốc, động vật)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Chứng viêm khớp		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Dị tật bẩm sinh		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Nguồn Bệnh Lây Truyền Từ Đường Máu (ví dụ: HIV, AIDS, Viêm gan B, Viêm gan C) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Rối loạn máu (ví dụ: bệnh rối loạn đông máu, bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Ung thư		<input type="checkbox"/>		

MẸ RUỘT	TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ (XIN CUNG CẤP CÁC CHẨN ĐOÁN CỤ THỂ TRONG Ô TRỐNG, NẾU CÓ)	ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT, ĐIỀU TRỊ, THUỐC	THÂN NHÂN/THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH	MỐI QUAN HỆ VỚI MẸ RUỘT	ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT, ĐIỀU TRỊ, THUỐC
<input type="checkbox"/>	Tim mạch (ví dụ: huyết áp cao, đau tim, đột quỵ)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Chậm phát triển (ví dụ: khó khăn khi đọc, làm toán, viết, hiểu biết phương hướng, hội chứng Tourette, chứng khó đọc)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hội Chứng Rượu Bào Thai (FAS) <input type="checkbox"/> Tác Động Của Rượu Lên Bào Thai		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Tiền sử/vấn đề phụ khoa (ví dụ: sảy thai, thai chết lưu, tử vong sơ sinh)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Vấn đề thính giác		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Dị tật tim		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Rối loạn nội tiết tố (ví dụ: bệnh tiểu đường, tuyến giáp)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Khuyết tật học tập (ví dụ: rối loạn chức năng thần kinh, não hữu cơ)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Sức khỏe tâm thần (ví dụ: trầm cảm, lưỡng cực, tâm thần phân liệt, lo âu)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Rối loạn cơ (ví dụ: loạn dưỡng cơ, đa xơ cứng, bại não, nứt đốt sống)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Rối loạn cơ giết (ví dụ: động kinh, chấn thương sọ não)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Sử dụng chất gây nghiện (ví dụ: rượu bia, cần sa (marijuana), thuốc theo toa, methamphetamine, ma túy, heroin)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Thị giác (ví dụ: cận thị, viễn thị, mù, bệnh tăng nhãn áp, bệnh đục thủy tinh thể)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Các bệnh di truyền khác được biết (xin nêu rõ)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Các bệnh lý khác không được liệt kê trên đây (xin nêu rõ)		<input type="checkbox"/>		

Tình Trạng Sức Khỏe Của Mẹ Ruột

Mô tả tình trạng sức khỏe hiện tại của mẹ ruột:

Mẹ ruột đã có sử dụng bất kỳ chất độc hại nào trong môi trường và/hoặc chất bị kiểm soát nào sau đây không? Có Không Không biết

Nếu có, hãy đánh dấu tất cả các mục áp dụng và khoanh tròn chất gây nghiện cụ thể dưới mỗi danh mục:

- Rượu bia
- Amphetamine
- Chất kích thích (Cocaine (ma túy), methamphetamine, Ritalin, Adderall, Dexedrine)
- Thuốc lá
- Thuốc phiện (Morphine, Codeine, Hydrocodone (Vicodin), Fentanyl, Oxycodone (OxyContin, Percocet, Heroin), Suboxone/Methadone)
- Benzodiazapine/Thuốc an thần (Valium, Xanax, Ativan, Klonopin, v.v.)
- Cần sa (Marijuana)
- Khác (nêu rõ):

Mẹ ruột đã có sử dụng bất kỳ chất gây nghiện nào khi có mặt của trẻ không? Có Không Không biết

Nếu có, xin đánh dấu tất cả các mục áp dụng và khoanh tròn chất gây nghiện cụ thể dưới mỗi danh mục:

- Rượu bia
- Amphetamine
- Chất kích thích (Cocaine (ma túy), methamphetamine, Ritalin, Adderall, Dexedrine)
- Thuốc lá
- Thuốc phiện (Morphine, Codeine, Hydrocodone (Vicodin), Fentanyl, Oxycodone (OxyContin, Percocet, Heroin))
- Benzodiazapine/Thuốc an thần (Valium, Xanax, Ativan, Klonopin, v.v.)
- Cần sa (Marijuana)
- Khác (nêu rõ):

Quá Trình Sinh Ra và Sức Khỏe Hiện Tại Của Trẻ

Con quý vị đã được sinh ra ở đâu (thành phố, tiểu bang, bệnh viện)?

Me ruột đã có chăm sóc trước khi sinh không? Có Không Không biết Hạn chế

Trẻ đã có bị phơi nhiễm với bất kỳ chất gây nghiện nào trong thời kỳ mang thai không? Có Không Không biết

Nếu có, xin đánh dấu chất gây nghiện và nêu rõ loại chất gây nghiện, tần suất sử dụng chất gây nghiện và trong quý ba tháng nào của thai kỳ:

<input type="checkbox"/> Các chất bị kiểm soát (nêu rõ)	Tần suất & số lượng sử dụng:	(Các) Quý ba tháng:
<input type="checkbox"/> Thuốc kê toa (nêu rõ)	Tần suất & số lượng sử dụng:	(Các) Quý ba tháng:
<input type="checkbox"/> Thuốc lá	Tần suất & số lượng sử dụng:	(Các) Quý ba tháng:
<input type="checkbox"/> Rượu bia	Tần suất & số lượng sử dụng:	(Các) Quý ba tháng:
<input type="checkbox"/> Các chất độc hại khác (nêu rõ)	Tần suất & số lượng sử dụng:	(Các) Quý ba tháng:

Người mẹ có đồng ý tiết lộ (các) loại bệnh cụ thể (ví dụ: viêm gan C, bệnh lậu, HIV) mà trẻ có thể đã bị phơi nhiễm để chăm sóc y tế cho trẻ không?

Có Không

Nếu có, xin yêu cầu me ruột hoàn tất và ký vào giấy [Đồng Ý DCYF 03-475](#) và đính kèm với 13-041 (đồng ý tiết lộ chỉ sẽ được cung cấp cho nhà cung cấp dịch vụ y tế và nhân viên chăm sóc hiện tại của trẻ).

Trẻ đã có bị phơi nhiễm mầm bệnh lây truyền qua đường máu hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục khi mang thai hoặc khi sinh không? Có Không Không biết

Nếu có, trẻ đã bị phơi nhiễm bệnh nào?

Đã có các trường hợp bất thường được ghi nhận trong quá trình đau đẻ và sinh con: (ví dụ: mổ lấy thai, bé ngừng thở, dây rốn quấn quanh cổ, mất máu)

Có Không Không biết

Nếu có, điều gì đã xảy ra?

Trẻ đã có được nằm viện tại Phòng Chăm Sóc Đặc Biệt Dành Cho Trẻ Em (PICU) hoặc Phòng Chăm Sóc Tích Cực Cho Trẻ Sơ Sinh (NICU) sau khi sinh không? Có Không Không biết

Nếu có, lý do là gì?

Trẻ có tiền sử về bất kỳ chẩn đoán y tế, nha khoa hay sức khỏe tâm thần nào không? Có Không

Nếu có, trẻ đã được chẩn đoán bị bệnh gì và có bất kỳ điều trị nào không (xin mô tả hình thức điều trị)?

Trẻ có bất kỳ chẩn đoán y tế, nha khoa hay sức khỏe tâm thần hiện tại nào hoặc bất kỳ nhu cầu đáng chú ý nào không? Có Không

Nếu có, trẻ được chẩn đoán bị bệnh gì và/hoặc nhu cầu đáng chú ý nào của trẻ không?

Con quý vi có bất kỳ chứng dị ứng nào không? Nếu có, con quý vi bị dị ứng với cái gì và phản ứng như thế nào?

Mục 2: Lý Lịch Của Cha Ruột và Bệnh Sử/Tiền Sử Di Truyền Của Gia Đình

NĂM SINH		CHỦNG TỘC		SẮC TỘC
CHIỀU CAO	CÂN NẶNG	MÀU MẮT	MÀU TÓC	TÔN GIÁO
<input type="checkbox"/> THUẬN TAY TRÁI <input type="checkbox"/> THUẬN TAY PHẢI	TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN CAO NHẤT		QUAN NGẠI VỀ HỌC TẬP	
SỞ THÍCH/QUAN TÂM/CHUYÊN NGHIỆP				

CHA RUỘT	TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ (XIN CUNG CẤP CÁC CHẨN ĐOÁN CỤ THỂ TRONG Ô TRỐNG, NẾU CÓ)	ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT, ĐIỀU TRỊ, THUỐC	THÂN NHÂN/THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH	MỐI QUAN HỆ VỚI CHA RUỘT	ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT, ĐIỀU TRỊ, THUỐC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rối Loạn Thiếu Tập Trung (ADD) <input type="checkbox"/> Rối Loạn Tăng Động Thiếu Tập Trung (ADHD)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Phản ứng dị ứng (ví dụ: thực phẩm, thuốc, động vật)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Chứng viêm khớp		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Dị tật bẩm sinh		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Nguồn Bệnh Lây Truyền Từ Đường Máu (ví dụ: HIV, AIDS, Viêm gan B, Viêm gan C)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Rối loạn máu (ví dụ: bệnh rối loạn đông máu, bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Ung thư		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Tim mạch (ví dụ: huyết áp cao, đau tim, đột quỵ)		<input type="checkbox"/>		

CHA RUỘT	TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ (XIN CUNG CẤP CÁC CHẨN ĐOÁN CỤ THỂ TRONG Ô TRỐNG, NẾU CÓ)	ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT, ĐIỀU TRỊ, THUỐC	THÂN NHÂN/THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH	MỐI QUAN HỆ VỚI CHA RUỘT	ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT, ĐIỀU TRỊ, THUỐC
<input type="checkbox"/>	Chậm phát triển (ví dụ: khó khăn khi đọc, làm toán, viết, hiểu biết phương hướng, hội chứng Tourette, chứng khó đọc)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hội Chứng Rượu Bào Thai (FAS) <input type="checkbox"/> Tác Động Của Rượu Lên Bào Thai		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Tiền sử/vấn đề phụ khoa (ví dụ: mất thai tự nhiên, sảy thai, thai chết lưu, tử vong sơ sinh)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Vấn đề thính giác		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Dị tật tim		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Rối loạn nội tiết tố (ví dụ: bệnh tiểu đường, tuyến giáp)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Khuyết tật học tập (ví dụ: rối loạn chức năng thần kinh, não hữu cơ)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Sức khỏe tâm thần (ví dụ: trầm cảm, lưỡng cực, tâm thần phân liệt, lo âu)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Rối loạn cơ (ví dụ: loạn dưỡng cơ, đa xơ cứng, bại não, nứt đốt sống)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Rối loạn co giật (ví dụ: động kinh, chấn thương sọ não)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Sử dụng chất gây nghiện (ví dụ: rượu bia, cần sa (marijuana), thuốc theo toa, methamphetamine, ma túy, heroin)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Thị giác (ví dụ: cận thị, viễn thị, mù, bệnh tăng nhãn áp, bệnh đục thủy tinh thể)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Các bệnh di truyền khác được biết (xin nêu rõ)		<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Các bệnh lý khác không được liệt kê trên đây (xin nêu rõ)		<input type="checkbox"/>		

Tình Trạng Sức Khỏe Của Cha Ruột

Mô tả tình trạng sức khỏe hiện tại của cha ruột:

Cha ruột đã có sử dụng bất kỳ chất độc hại nào trong môi trường và/hoặc chất bị kiểm soát nào sau đây không? Có Không Không biết

Nếu có, hãy đánh dấu tất cả các mục áp dụng và khoanh tròn chất gây nghiện cụ thể dưới mỗi danh mục:

- Rượu bia
- Amphetamine
- Chất kích thích (Cocaine (ma túy), methamphetamine, Ritalin, Adderall, Dexedrine)
- Thuốc lá
- Thuốc phiện (Morphine, Codeine, Hydrocodone (Vicodin), Fentanyl, Oxycodone (OxyContin, Percocet, Heroin))
- Benzodiazapine/Thuốc an thần (Valium, Xanax, Ativan, Klonopin, v.v.)
- Cần sa (Marijuana)
- Khác (nếu rõ):

Cha ruột đã có sử dụng bất kỳ chất gây nghiện nào khi có mặt của trẻ không? Có Không Không biết

Nếu có, xin đánh dấu tất cả các mục áp dụng và khoanh tròn chất gây nghiện cụ thể dưới mỗi danh mục:

- Rượu bia
- Amphetamine
- Chất kích thích (Cocaine (ma túy), methamphetamine, Ritalin, Adderall, Dexedrine)
- Thuốc lá
- Thuốc phiện (Morphine, Codeine, Hydrocodone (Vicodin), Fentanyl, Oxycodone (OxyContin, Percocet, Heroin))
- Benzodiazapine/Thuốc an thần (Valium, Xanax, Ativan, Klonopin, v.v.)
- Cần sa (Marijuana)
- Khác (nếu rõ):