

Đây là một mẫu mà bạn có thể dùng để viết vào các chi tiết mà bạn cần trước khi về nhà. Đôi khi các bệnh viện hay bác sĩ có những xấp hay tập thông tin để phát cho bệnh nhân.

Bạn hãy hỏi một người trong nhóm chăm sóc sức khỏe cho bạn là họ có các loại thông tin đó để cho bạn hay không. →



Hãy tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe cho chính bạn. Hãy mạnh dạn nói lên nếu bạn có gì muốn hỏi hay có thắc mắc gì về việc chăm sóc cho bạn.



Hãy cho một người trong nhóm chăm sóc sức khỏe cho bạn biết về những bệnh trước đây và tình trạng sức khỏe hiện tại của bạn.



Hãy mang theo tất cả các thuốc của bạn khi vào bệnh viện hay đi gặp bác sĩ.



Hãy cho một người trong nhóm chăm sóc sức khỏe cho bạn biết nếu bạn có từng bị dị ứng hay có phản ứng xấu đối với bất cứ loại thuốc hay đồ ăn gì.



Hãy làm sao để cho chắc là bạn biết rõ là mình phải làm gì khi bạn về nhà từ bệnh viện hay sau khi gặp bác sĩ.

## Những gì tôi cần biết trước khi về nhà

Tên họ của tôi: \_\_\_\_\_

Ngày tháng: \_\_\_\_\_

Bệnh viện: \_\_\_\_\_

Khu hay đơn vị nơi tôi được điều trị: \_\_\_\_\_

Bác sĩ điều trị tôi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi được điều trị về bệnh tình gì: \_\_\_\_\_

Việc trị liệu cho tôi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Các lời chỉ dẫn về việc chăm sóc cho tôi ở nhà: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi nên ăn và uống những gì? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi nên tránh ăn và uống những gì? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi có thể làm những việc gì? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

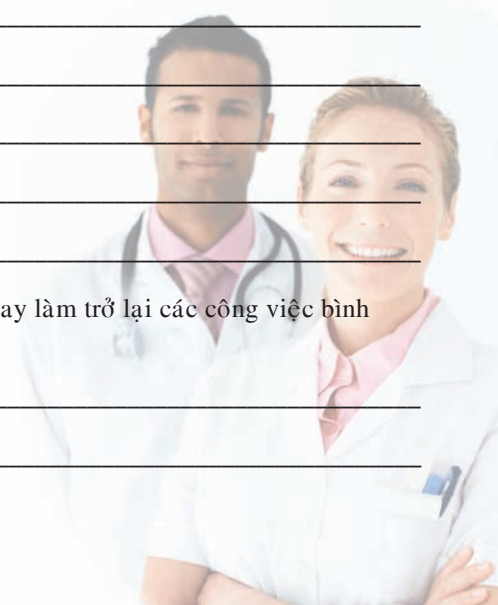
Tôi cần tránh làm những việc gì? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Khi nào là tôi có thể làm việc trở lại hay làm trở lại các công việc bình thường trước kia của tôi?

\_\_\_\_\_

Tên thuốc mà tôi hiện uống: \_\_\_\_\_



Uống thuốc như thế nào: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Các lần hẹn để theo dõi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Các số điện thoại để gọi nếu tôi có gì muốn hỏi hay có chuyện gì: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Những tin tức quan trọng khác: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bạn hãy xé thẻ để bỏ bóp này ra và giữ các chi tiết quan trọng này trong bóp của bạn.

[www.oha.com](http://www.oha.com)

**OHIA**  
Patient Safety  
Support Service

Dự án này được tài trợ bởi  
Bộ Y tế và Chăm sóc Dài  
hạn của Ontario

Loại mẫu: \_\_\_\_\_

Di ứng đối với thuốc/thức ăn nào: \_\_\_\_\_

Số điện thoại của bác sĩ gia đình: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tên của bác sĩ gia đình: \_\_\_\_\_

Chăm sóc Sức  
khỏe cho bạn  
Hãy Tham gia

