

B. Tiền sử gia đình :

Mã số	Trong gia đình có bất kỳ ai trong số ông/bà/bố/mẹ/anh/chị em ruột mắc các bệnh dưới đây không?	Trả lời	
		Có	Không/ không rõ
b1	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b2	Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b3	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b4	Bệnh hen phế quản/các bệnh dị ứng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b5	Trầm cảm, lo âu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b6	Bệnh ung thư	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Yếu tố nguy cơ phổ biến bệnh không lây nhiễm

Mã số	Ông/bà/anh/chị có các yếu tố nguy cơ dưới đây không?	Trả lời	
		Có	Không
c1	Có hút thuốc lá hoặc thuốc lào	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c2	Uống nhiều rượu bia (mỗi ngày uống....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c3	Ăn ≥ 5 gam muối (tương đương 01 thìa cà phê)/người/ngày	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c4	Ăn ít rau, trái cây: <400gam/ngày (tương đương 2 bát rau/trái cây)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c5	Vận động thể lực < 30 phút/ngày, dưới 05 ngày/tuần (bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c6	Hay bị stress và căng thẳng tâm lý, gặp khó khăn trong cuộc sống, áp lực về tài chính, công việc....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Đo chỉ số nhân trắc

Mã số	Kết quả
d1	Cân nặng: Kg; Chiều cao:cm; BMI..... (kg/m ²)
d2	Vòng eo: (cm)

E. Nguy cơ cao mắc bệnh không lây nhiễm

Mã số	Ông/bà/anh/chị có các yếu tố nguy cơ dưới đây không?	Trả lời	
		Có	Không
e1	Thừa cân béo phì (BMI \geq 25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e2	Béo bụng (Nam \geq 90 cm, Nữ \geq 80 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e3	Tổng điểm đánh giá nguy cơ đái tháo đường theo Phụ lục 1 \geq 6 điểm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ghi chú*: Uống nhiều rượu bia được hiểu là uống trên hai đơn vị cồn/ngày đối với nam và trên 1 đơn vị cồn/ngày đối với nữ. Một đơn vị cồn tương đương 1/2 chai bia 500ml hoặc 1/4 lon bia 330 ml (loại 5%); 1 ly rượu vang 100ml (13,5 %); 1 cốc bia hơi 330 ml hoặc 1 chén rượu mạnh 30 ml (40%).

F. Dấu hiệu nghi ngờ mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến

Mã số	Nội dung	Trả lời	
		Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
f1	Dấu hiệu nghi ngờ mắc Tăng huyết áp (Huyết áp \geq 140/90 mmHg) Số đo huyết áp:...../.....mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f2	Dấu hiệu nghi ngờ Đái tháo đường Tiểu nhiều, khát nước nhiều, ăn nhiều, sút cân hoặc Kết quả tự đo đường huyết lúc đói \geq 7 mmol/L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f3	Dấu hiệu nghi ngờ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Ho, khạc đờm mạn tính (thường ho khạc đờm vào sáng sớm, đờm nhầy, trắng), khó thở tăng dần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f4	Dấu hiệu nghi ngờ Hen phế quản Ho, nặng ngực, khò khè (thở rít, cò cù), khó thở (thở ngắn, khó thở ra). Các triệu chứng tái đi tái lại nhiều lần (thay đổi theo thời gian và về cường độ), nặng về đêm và sáng hoặc khi thay đổi thời tiết, khi gắng sức hoặc khi tiếp xúc khói, bụi nhà, phấn hoa, nấm mốc, lông chó mèo, hóa chất, một số loại thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f5	Dấu hiệu nghi ngờ Rối loạn trầm cảm Có ít nhất một trong ba dấu hiệu sau Khí sắc giảm, buồn rầu, chán nản Mất hoặc giảm rõ rệt những sở thích của mình trước đây Mệt mỏi nhiều, giảm hoạt động, không muốn làm việc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f6	Dấu hiệu nghi ngờ Rối loạn lo âu Có ít nhất một trong hai dấu hiệu sau Thường cảm thấy căng thẳng hoặc lo âu không rõ lý do Lo lắng quá nhiều về mọi thứ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f7	Dấu hiệu nghi ngờ một số bệnh ung thư thường gặp Có ít nhất một trong các dấu hiệu sau Vết loét trên cơ thể lâu liền Ho dai dẳng, tức ngực, điều trị không đỡ Chậm tiêu, khó nuốt Thay đổi thói quen bài tiết phân, nước tiểu Có khối u ở vú hay ở trên cơ thể Hạch bạch huyết to không bình thường Chảy máu, dịch ra bất thường ở âm đạo Ù tai, nhìn đôi Gầy sút, thiếu máu không rõ nguyên nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Nhận xét sơ bộ

1. Tiền sử mắc bệnh hoặc có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh

TT	Tên bệnh	Đã được chẩn đoán	Có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh:
1.	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Phổi tắc nghẽn mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hen phế quản	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Trầm cảm, lo âu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ung thư	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Có nguy cơ cao mắc bệnh không lây nhiễm

- Thừa cân béo phì: Có Không
- Béo bụng: Có Không
- Nguy cơ cao mắc đái tháo đường: Có Không

3. Tư vấn hướng dẫn

- Hướng dẫn tuân thủ điều trị và tái khám đối với những người đã được chẩn đoán mắc bệnh.
- Hướng dẫn đến cơ sở y tế khám phát hiện bệnh đối với người có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh hoặc có nguy cơ cao.
- Tư vấn thay đổi hành vi lối sống tùy theo nguy cơ mắc bệnh (Mục C).

NGƯỜI ĐÁNH GIÁ
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHIẾU SÀNG LỌC ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ VÀ PHÁT HIỆN SỚM MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM PHỔ BIẾN

Người điều tra:.....Đơn vị công tác :.....

Xã/phường:.....Quận/huyện/thành phố:.....Tỉnh/thành phố :.....

Ngày thực hiện:.....

THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ và tên đối tượng :.....

Năm sinh dương lịch (Tuổi):.....Giới: Nam/Nữ

Địa chỉ:.....

Số ĐT liên hệ:.....

A. Tiền sử cá nhân

Mã số	Ông/bà, anh/chị đã từng được cán bộ y tế chẩn đoán, điều trị các bệnh nào dưới đây?	Trả lời	
		Có	Không/ Không rõ
a1	Tăng huyết áp Đã được chẩn đoán Đang được điều trị	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a2	Đái tháo đường bao gồm cả đái tháo đường thai kỳ, tiền đái tháo đường Đã được chẩn đoán Đang được điều trị	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a3	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Đã được chẩn đoán Đang được điều trị	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a4	Bệnh hen phế quản: Đã được chẩn đoán Đang được điều trị	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a5	Trầm cảm: Đã được chẩn đoán Đang được điều trị	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a6	Rối loạn lo âu: Đã được chẩn đoán Đang được điều trị	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a7	Bệnh ung thư: Đã được chẩn đoán (Ghi rõ tên bệnh:.....) Đang được điều trị (Ghi rõ tên bệnh:.....)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>