

Bản thông báo kết quả đánh giá thói quen sinh hoạt			
Họ tên người đến khám		Số CMND	
Ngày khám		Nơi khám	<input type="checkbox"/> Trong bệnh viện <input type="checkbox"/> Tại nơi yêu cầu
Hút thuốc	<input type="checkbox"/> Không hút thuốc <input type="checkbox"/> Đã từng hút thuốc <input type="checkbox"/> Hiện đang hút thuốc <input type="checkbox"/> Chỉ sử dụng thuốc lá điện tử		
	Đánh giá độ phụ thuộc vào nicotin <input type="checkbox"/> Thấp (0~3điểm) <input type="checkbox"/> Trung bình (4~6điểm) <input type="checkbox"/> Cao (7~10điểm)		
	Đơn thuốc cai nghiện thuốc lá <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
	Kê đơn <input type="checkbox"/> Tư vấn và giáo dục <input type="checkbox"/> Điều trị bằng thuốc (liệu pháp thay thế nicotin, bupropion, varenicline) <input type="checkbox"/> Liên kết (tổ chức hỗ trợ cai nghiện thuốc, phòng khám cai nghiện thuốc lá)		
Uống rượu	<input type="checkbox"/> Không uống rượu <input type="checkbox"/> Uống chừng mực <input type="checkbox"/> Uống ở mức nguy hiểm <input type="checkbox"/> Nghi bị rối loạn do sử dụng rượu		
	Đơn thuốc cai nghiện rượu/ hỗ trợ uống rượu điều độ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
	Kê đơn <input type="checkbox"/> Tư vấn và giáo dục <input type="checkbox"/> Điều trị bằng thuốc <input type="checkbox"/> Liên kết (tổ chức hỗ trợ cai nghiện rượu, phòng khám cai nghiện rượu)		
Vận động	<input type="checkbox"/> Thiếu hoạt động thể chất <input type="checkbox"/> Hoạt động thể chất cơ bản <input type="checkbox"/> Hoạt động thể chất nhằm tăng cường sức khỏe <input type="checkbox"/> Thiếu vận động cơ bắp <input type="checkbox"/> Vận động cơ bắp hợp lý		
	Đơn thuốc về vận động <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
	Loại hình vận động được kê đơn: <input type="checkbox"/> Đi bộ nhanh <input type="checkbox"/> Bơi lội <input type="checkbox"/> Leo núi <input type="checkbox"/> Thể dục thẩm mỹ <input type="checkbox"/> Bài tập căng cơ <input type="checkbox"/> Vận động cơ bắp <input type="checkbox"/> Loại vận động khác (                      ) Thời gian vận động: <input type="checkbox"/> 10 phút <input type="checkbox"/> 15~30 phút <input type="checkbox"/> Trên 30 phút <input type="checkbox"/> Khác (                      ) Tần suất vận động: <input type="checkbox"/> 1~2 lần mỗi tuần <input type="checkbox"/> 3~4 lần mỗi tuần <input type="checkbox"/> Trên 5 lần mỗi tuần		
Dinh dưỡng	<input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Kém		
	Đơn thuốc dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
	Kê đơn <input type="checkbox"/> Hãy ăn thêm      ( <input type="checkbox"/> Sản phẩm từ sữa <input type="checkbox"/> Thực phẩm giàu đạm <input type="checkbox"/> Rau ) <input type="checkbox"/> Hãy giảm ăn      ( <input type="checkbox"/> Mỡ <input type="checkbox"/> Đường đơn <input type="checkbox"/> Chất mặn (muối)) <input type="checkbox"/> Thói quen ăn uống đúng đắn ( <input type="checkbox"/> Không bỏ bữa sáng <input type="checkbox"/> Ăn đều các chất) <input type="checkbox"/> Liên kết      (Lớp học dinh dưỡng)		
Béo phì	<input type="checkbox"/> Cân nặng bình thường <input type="checkbox"/> Quá cân <input type="checkbox"/> Béo phì		
	Đơn thuốc về béo phì <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
	Kê đơn <input type="checkbox"/> Hãy giảm lượng đồ ăn <input type="checkbox"/> Hãy giảm đồ ăn vặt và ăn đêm <input type="checkbox"/> Hãy giảm lượng rượu và số lần uống rượu <input type="checkbox"/> Hãy giảm đi ăn nhà hàng và đồ ăn nhanh <input type="checkbox"/> Hãy tham khảo phần kê đơn về vận động <input type="checkbox"/> Liên kết (Phòng khám tư vấn béo phì) <input type="checkbox"/> Khác (                      )		

Chúng tôi xin thông báo kết quả đánh giá thói quen sinh hoạt của Quý vị như trên.

Ngày nhận định

Bác sỹ khám: Giấy phép (Chứng chỉ hành nghề)/Mã số

Họ tên (Ký tên)

(Mã số cơ quan y tế)