

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ ĐỦ ĐIỀU KIỆN TRƯỚC GHI DANH CHO BỆNH TIM MẠCH & TIỂU ĐƯỜNG (HMO CSNP)

Mẫu này phải được gửi với đơn ghi danh cho Chương trình Brand New Day Embrace Care (HMO CSNP) 39 & Chương trình Brand New Day Embrace Choice (HMO CSNP) 40.

Tên:	Tên đệm:	Họ:
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	NS:	

CÁC CÂU HỎI VỀ TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN XÉT THEO TÍNH LÂM SÀNG

Nếu chọn bất kỳ điều nào sau đây, tính đủ điều kiện trước của ứng viên.

Bác sĩ đã từng thông báo với quý vị rằng quý vị bị bất kỳ bệnh nào sau đây chưa? (Đánh dấu vào tất cả các câu áp dụng)

- Bệnh tim mạch
- Bệnh tiểu đường
- Suy tim (bất kỳ loại nào)
- Cao huyết áp/Huyết áp cao (Giai đoạn A CHF)
- Bệnh tim do Cao huyết áp kèm Bệnh thận Mãn tính
- Tiền sử Đột quy

CÂU HỎI VỀ DƯỢC PHẨM

- Hiện tại hay quý vị đã từng dùng dược phẩm cho bệnh được liệt kê ở trên chưa? Có Không
- Quý vị đã từng được tiêm Insulin chưa? Có Không
- Quý vị đã từng dùng Metformin chưa? Có Không
- Quý vị hiện đang dùng dược phẩm nào? _____

BÁC SĨ CHÍNH: _____

Tên Bác sĩ

Phòng khám hoặc địa điểm và số điện thoại của bác sĩ

BÁC SĨ CHUYÊN KHOA: _____

Tên Bác sĩ chuyên khoa

Phòng khám hoặc địa điểm và số điện thoại của bác sĩ

Chữ ký của Ứng viên:	Ngày:
----------------------	-------