

የሕፃናት ጤና አጠባበቅ ታሪክ ቅፅ

የታካሚ ስም: _____ ማን ተባለው ይጠሩ: _____ የትውልድ ቀን _____
 የአያት: የመጀመሪያ: የአባት ስም _____ የመጀመሪያ _____ ወር/ቀን/ዓመት _____

አዎ አይ ታካሚው ከሚከተሉት ሁኔታዎች ውስጥ አንዱ አለው?

- ልጆችን ጭምብል እንዲለብሱ የሚያስገድዳቸው ዝቅተኛ የደም ቆጠራዎች
- ከ 3 ሳምንታት በላይ የማያቋርጥ ሳል ወይም ደምን የሚያመነጭ ሳል
- ለሳንባ ነቀርሳ ተጋላጭ ሆነዋል ወይም አለብዎ

***** ከላይ ላለው ጥያቄ አዎ የሚል መልስ ከሰጡ እባክዎ ያቁሙ። ለተጨማሪ መመሪያዎች እባክዎ የአንግዳ መቀበያ ጠረጴዛውን ጋር ያነጋግሩ።*****

የሕክምና እንክብካቤ መረጃ ሁኔታ:

የታካሚው የመጀመሪያ የሕክምና ዶክተር ማነው? _____

የመጀመሪያ ደረጃ የሕክምና ዶክተር: አድራሻ _____ ስልክ: _____

አዎ አይ ህመምተኛው ባለፈው ዓመት የህክምና፣ የስሜታዊ፣ የእድገት ወይም የባህሪ ሁኔታ እንክብካቤ አግኝቷል?

አዎ አይ ከሕመምተኛው ሐኪሞች ከሚ University of Minnesota Health, University of Minnesota Children’s Hospital, University of Minnesota Physicians, ወይም Fairview Health Services and Clinics የተቆራኙ ናቸው?

አዎ አይ ታካሚው የቀዶ ጥገና ሥራዎች፣ የድንገተኛ ክፍል ጉብኝቶች ወይም ሌሊቱን በሆስፒታል ውስጥ ቆይተዋል?

አዎ አይ ታካሚው የተለመዱትን የሕፃናት ኢንፎክሽኖች ከትባት ተከትቧል?

አዎ አይ በአሁኑ ጊዜ ታካሚዋ ነፍሰ ጡር ነች?

የሕክምና ሁኔታዎች:

አዎ አይ ከሚከተሉት ውስጥ አንዱን የሚያካትት ችግር ወይም ሁኔታን በተመለከተ ህመምተኛው ያለፈ ታሪክ ወይም የአሁን በሽታ አለው?

አዎ ከሆነ፣ የሚመለከታቸውን ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ።

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ባህሪ፣ ስሜቶች ወይም የአእምሮ ጤንነት | <input type="checkbox"/> መብላት፣ መዋጥ፣ አመጋገብ፣ የተመጣጠነ ምግብ ወይም የምግብ መፈጨት | <input type="checkbox"/> ከላሊት ወይም የሽንት ትቦ |
| <input type="checkbox"/> የውልደት ጉድለቶች ወይም ሲንድሮም | <input type="checkbox"/> የአካል ብቃት እንቅስቃሴ ወይም የአካል እንቅስቃሴ | <input type="checkbox"/> ጉበት፣ ሆድ ወይም አንጀት |
| <input type="checkbox"/> ደም ወይም የደም መፍሰስ | <input type="checkbox"/> ራስ፣ አይኖች፣ ጆሮዎች፣ አፍንጫ ወይም ጉሮሮ | <input type="checkbox"/> ሳንባዎች፣ አየር መተላለፊያ ወይም መተንፈስ |
| <input type="checkbox"/> አጥንቶች፣ መግጣጠሚያዎች ወይም አያያዥ ቲሹዎች | <input type="checkbox"/> ሆርሞኖች ወይም እርግዝና | <input type="checkbox"/> ጡንቻዎች፣ ነርቮች ወይም ምላሽ ሰጪዎች |
| <input type="checkbox"/> አንጎል ወይም የአከርካሪ ገመድ | <input type="checkbox"/> የልብ ወይም የደም ትቦዎች | <input type="checkbox"/> የስሜት ሕዋሳት ወይም የስሜት ህዋሳት ችግሮች |
| <input type="checkbox"/> ከመወለዱ በፊት ወይም በወሊድ ወቅት ያሉ ችግሮች | <input type="checkbox"/> ቁመት ወይም ክብደት | <input type="checkbox"/> ንግግር ወይም ቋንቋ |
| <input type="checkbox"/> የአዕምሯዊ ወይም የእድገት ጉዳተኝነቶች | <input type="checkbox"/> ኢንፎክሽኖች ወይም በሽታን የመከላከል ስርዓት | <input type="checkbox"/> ቆዳ ወይም አጢዎች |

ከላይ ስላልተዘረዘረ ማንኛውም በሽታ፣ ችግር ወይም ሁኔታ መረጃ ለመስጠት እባክዎ ከዚህ በላይ የተፈተሸውን ሁኔታ(ዎች) ይግለጹ

አላርጂ፡

አዎ አይ ታካሚው አላርጂ አለው ወይም ለመድኃኒቶች፣ ለምግብ ወይም ለአካባቢያዊ አላርጂዎች ምላሽ አለው? አዎ ከሆነ አባከዎ ይግለጹ፡፡

አላርጂ ለ: 1) _____ ምላሽ: 1) _____

አላርጂ ለ: 2) _____ ምላሽ: 2) _____

አላርጂ ለ: 3) _____ ምላሽ: 3) _____

መድኃኒቶች፣ ቫይታሚኖች፣ ደጋፊ ምግቦች፣ ወይም ተፈጥሮአዊ/ባህላዊ ምርቶች፡

አዎ አይ ታካሚው መድኃኒቶችን፣ ደጋፊ ምግቦችን፣ ቫይታሚኖችን ወይም የተፈጥሮ ወይም ከዕለታዊ የተቀመሙ ምርቶችን ይወስዳል?

መድኃኒቶች፣ ቫይታሚኖች፣ የምግብ አቅርቦቶች፣ ወይም ተፈጥሮአዊ/ባህላዊ ምርቶች	ምን ያህል / መቼ

ትንባሆ እና የመዘናኛ ዕጅን መጠቀም፡

አዎ አይ ታካሚው ትንባሆ ይጠቀማል ወይም ይጠቀም ነበር (ማጨስ፣ ማሽተት፣ ማኘክ፣ መላብ)?

አዎ አይ ታካሚው ለመዘናኛ ዓላማ የታዘዙ ወይም የጎዳና ላይ መድኃኒቶችን ወይም ሌሎች ንጥረ ነገሮችን ይጠቀማል?

እስከማውቀው ድረስ የሰጠችሁት መልሶች ትክክለኛ ናቸው፡፡ ታካሚው ላይ የሚኖሩ የጤና ሁኔታ ለውጦችን ሪፖርት ለማድረግ ተስማምቻለሁ፣ የጥርስ ህክምና ለመስጠት እንደአሰፈረኩ ከታካሚው ህኪም የታካሚውን የህክምና ታሪክ ተጨማሪ መረጃ እንዲያገኝ ለጥርስ ህኪም ፊቃድ እሰጣለሁ፡፡

ይህንን ቅጽ የሚያጠናቅቀው ሰው፡ ፊርማ: _____ ለታላላቅ ጋር ያለው ዝምድና፡ _____ ቀን: _____

አዎ አይ የአስተርጓሚ/ተርጓሚ ስም፡ ስም ይጻፉ: _____ ፊርማ: _____