



Questionnaire for Parents of a Child with Asthma
Các câu hỏi dành cho Phụ Huynh của các em học sinh bị hen suyễn.

Ngày: _____

Họ và tên học sinh _____

DOB _____

ID# _____

Trường _____

Lớp _____

Teacher _____

Kính thưa Quý Phụ Huynh:

Những câu trả lời chính xác cho các câu hỏi dưới đây rất hữu ích cho y tá và nhân viên nhà trường. Nhờ đó nhà trường sẽ biết được những nhu cầu cần thiết cho con em của quý vị. Xin quý vị cố gắng trả lời thật chi tiết những câu hỏi này. Nếu quý vị muốn gặp để bàn thảo, hội ý với y tá nhà trường, xin vui lòng gọi để lấy hẹn.

Họ và tên y tá _____ Phone _____

1. Em bị suyễn từ khi nào? _____

2. Xin vui lòng ước lượng mức độ suyễn của em _____

(Nhẹ) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Rất nặng)

3. Vào năm học trước, em phải nghỉ ở nhà khoảng chừng bao nhiêu ngày vì bị lên cơn suyễn? _____

4. Những lý do gì khiến em bị lên cơn suyễn? (Xin điền vào ô trống thích hợp)

___ Bệnh ___ Xúc động ___ Thuốc ___ Thức ăn
___ Thời tiết ___ Thở dục ___ Khói thuốc lá ___ Mùi hóa chất

Dị ứng (xin liệt kê) _____

Những loại khác (xin liệt kê) _____

5. Khi bị khó thở vì lên cơn suyễn lúc ở nhà, con em của quý vị phải làm gì?

___ Tập thở đều Dùng thuốc: ___ Trợ cụ thở bằng tay (inhaler)
___ Nghỉ ngơi ___ Trợ cụ thở bằng máy (Nebulizer)
___ Uống nước ___ Uống thuốc

Những phương cách khác (xin liệt kê) _____

6. Xin vui lòng liệt kê các loại thuốc suyễn em dùng mỗi ngày và thuốc em dùng chỉ khi cần đến.

Tên thuốc _____ Liều lượng _____ Máy lần _____

Thuốc dùng ở trường _____

Thuốc dùng lúc ở nhà _____



Questionnaire for Parents of a Child with Asthma
Các câu hỏi dành cho Phụ Huynh của các em học sinh
bị hen suyễn.

Ngày: _____

Nếu em phải dùng thuốc trong thời gian ở trường, phụ huynh phải điền giấy xin phép hằng năm. Thuốc phải được đựng trong lọ nguyên thủy có dán nhãn của dược sĩ (original labeled container). (Khi quý vị đi mua thuốc, nhớ nhắc dược sĩ chia thuốc ra làm hai lọ để quý vị giữ 1 lọ ở nhà và 1 lọ mang đến trường.)

7. Nếu thuốc không có tác dụng cho em, quý vị muốn nhân viên nhà trường làm gì? _____

8. Em có bị phản ứng phụ (side effects) nào khi dùng thuốc không? _____

9. Em có được dạy xử dụng extension tube, pulmonary aid, inspirease kit hoặc trợ cụ giúp thở bằng tay không? Có Không

10. Em phải ở lại bệnh viện qua đêm hoặc lâu hơn vì bị suyễn bao nhiêu lần trong những năm vừa qua? _____

11. Em phải vào phòng cấp cứu (emergency room) bao nhiêu lần trong những năm vừa qua? _____

12. Bao nhiêu lâu thì em phải đến gặp bác sĩ trị suyễn để được kiểm tra định kỳ? _____

13. Em có cần sự lưu tâm đặc biệt nào khi ở trường vì bệnh suyễn không? (Xin điền vào ô trống thích hợp và giải thích ngắn gọn.)

- Thay đổi trong giờ thể dục _____
- Thay đổi trong giờ chơi ngoài trời _____
- Không có thú vật (pets) ở trong lớp _____
- Không ăn thức ăn _____
- Xúc cảm hay hoảng sợ _____
- Lưu ý đặc biệt khi đi chơi xa (Field trip) _____
- Phương tiện di chuyển đặc biệt (đến trường và về nhà) _____
- Quan sát phản ứng phụ (side effects) của thuốc _____
- Những thứ khác _____

14. Quý vị có biết baseline peak flow rate của em không? Có Không Rate _____

15. Quý vị có nghĩ rằng em cần được miễn mọi hoạt động tại trường vì suyễn không? Xin vui lòng kể ra. _____

16. Quý vị có tham dự lớp trình bày về bệnh suyễn không? Có Không

17. Con em quý vị có tham dự lớp trình bày về bệnh suyễn không? Có Không

Xin cảm ơn quý vị đã dành thời gian để trả lời chúng tôi biết những nhu cầu cần thiết cho con em quý vị lúc em ở trường.