|  |
| --- |
| **Thông tin chung** |
| 1. Năm sinh: [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_]
2. Nơi sinh: [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] (tỉnh/thành phố)
3. Giới tính: 🌕 Nam 🌕 Nữ
4. Địa chỉ hiện tại ở TPHCM: Phường/Xã [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] Quận/Huyện [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]
5. Ngày thu nhận vào nghiên cứu phụ 1: [\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_]
 |
| **Lịch sử về di chuyển và nơi ở** |
| Vui lòng cho biết tên các tỉnh/thành phố nơi bạn đã sống khi còn nhỏ (cho đến khi bắt đầu vào đại học). Vui lòng chỉ liệt kê những nơi mà bạn đã sinh sống trong vòng hơn 1 năm.

|  |  |
| --- | --- |
| **Độ tuổi** | **Tỉnh/Thành phố** |
| Từ ………… tuổi đến ………… tuổi | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] |
| Từ ………… tuổi đến ………… tuổi | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] 🌕 Không áp dụng |
| Từ ………… tuổi đến ………… tuổi | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] 🌕 Không áp dụng |
| Từ ………… tuổi đến ………… tuổi | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] 🌕 Không áp dụng |

. |
| **Tiền căn về sốt xuất huyết dengue (SXHD)** |
| 1. Bạn có từng mắc SXHD chưa? 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết
	1. Bạn mắc bệnh SXHD lúc bao nhiêu tuổi? [\_\_|\_\_] tuổi
	2. Bạn có phải nhập viện không? 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết
	3. Bạn có được truyền dịch không? (trong thời gian nằm viện hoặc tại các phòng khám ngoại trú)

 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết* 1. Bạn có được điều trị trong Khoa Hồi sức tích cực không? 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết
1. Bạn có từng chích ngừa bệnh Viêm não Nhật Bản chưa? 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết
2. Bạn có từng tham gia thử nghiệm vắc-xin ngừa SXHD? 🌕 Có 🌕 Không
 |
| **Những tiền căn y khoa quan trọng khác** |
| 1. Bạn có từng mắc bệnh nào sau đây?
	1. Ung thư? 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết
	2. Bệnh tự miễn? (vd. Bệnh thấp khớp, viêm khớp dạng thấp, giảm tiểu cầu miễn dịch, v.v…) 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết
	3. Tình trạng suy giảm miễn dịch? 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết
	4. Lao? 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết
	5. Bệnh khác? 🌕 Có 🌕 Không 🌕 Không biết Nếu Có, xin nêu rõ [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]
2. Bạn có phải tái khám định kỳ tại bệnh viện/phòng khám không? 🌕Có 🌕Không 🌕Không áp dụng
3. Bạn có đang thường xuyên dùng bất kỳ loại thuốc nào không? 🌕Có 🌕Không 🌕Không áp dụng

Nếu Có, bạn đã dùng thuốc này trong bao lâu rồi? [\_\_|\_\_] năm [\_\_|\_\_] tháng 🌕Không áp dụngNếu Có, bạn có dùng thuốc ức chế miễn dịch trong 6 tháng qua? 🌕Có 🌕Không 🌕Không áp dụng |

|  |
| --- |
| **Tình trạng sức khỏe vào mỗi lần hẹn khám** |
| Câu hỏi | Lần khám #1 (Thu nhận) | Lần khám #2 (6 tháng) | Lần khám #3 (12 tháng) |
| Ngày khám | [\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_] | [\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_] | [\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_] |
| 1. Bạn hoàn toàn khỏe mạnh trong suốt 6 tháng qua?
 | 🌕 Có 🌕 Không | 🌕 Có 🌕 Không | 🌕 Có 🌕 Không |
| Nếu Không,* Bạn có bị đợt sốt nào trong vòng 6 tháng qua?
 | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng |
| * Bạn có đến khám tại phòng khám hoặc bệnh viện trong vòng 6 tháng qua?
 | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng |
| * Vui lòng cho biết thông tin ngắn gọn về đợt bệnh đó
 | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] |
| * Chẩn đoán chính (có thể có) đối với các triệu chứng nêu trên
 | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] |
| 1. Lấy mẫu máu nghiên cứu
 | 🌕 Có 🌕 Không | 🌕 Có 🌕 Không | 🌕 Có 🌕 Không |
| 1. Ghi chú khác
 |  |  |  |
| Chữ ký | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] |

|  |
| --- |
| **Tình trạng sức khỏe vào mỗi lần hẹn khám** |
| Câu hỏi | Lần khám #4 (18 tháng) | Lần khám #5 (24 tháng) |
| Ngày khám | [\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_] | [\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_]/[\_\_\_|\_\_\_] |
| 1. Bạn hoàn toàn khỏe mạnh trong suốt 6 tháng qua?
 | 🌕 Có 🌕 Không | 🌕 Có 🌕 Không |
| Nếu Không,* Bạn có bị đợt sốt nào trong vòng 6 tháng qua?
 | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng |
| * Bạn có đến khám tại phòng khám hoặc bệnh viện trong vòng 6 tháng qua?
 | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng | 🌕 Có 🌕 Không 🌕Không áp dụng |
| * Vui lòng cho biết thông tin ngắn gọn về đợt bệnh đó
 | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] |
| * Chẩn đoán chính (có thể có) đối với các triệu chứng nêu trên
 | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] |
| 1. Lấy mẫu máu nghiên cứu
 | 🌕 Có 🌕 Không | 🌕 Có 🌕 Không |
| 1. Ghi chú khác
 |  |  |
| Chữ ký | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_][\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] |