



# Đơn Xin Đăng Ký Điều Trị Cai Thuốc

## THÔNG TIN BỆNH NHÂN – Xin Viết Bằng Chữ In

TÊN		HỌ	
ĐỊA CHỈ LIÊN LẠC		THÀNH PHỐ / QUẬN	TIỂU BANG SỐ BƯU ĐIỆN
ĐỊA CHỈ THƯ ĐIỆN TỬ		NGÀY SANH	MANG THAI
GIỚI <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/> NAM		<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	CÓ THỂ KHÁM BỆNH <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
SỐ ĐIỆN THOẠI (Mã Vùng) + Số ( )		DIỆN THOẠI KHÁC (Cầm tay, Chỗ làm v.v.) ( )	CHỪNG TỌC / SẮC TỌC
CHÚNG TA CÓ THỂ ĐỂ LẠI TIN NHẮN KHÔNG? <input type="checkbox"/> ĐƯỢC <input type="checkbox"/> KHÔNG		NGÔN NGỮ ƯU TIÊN (Khoanh tròn một cái) TIẾNG ANH TIẾNG TÂY BAN NHA NGÔN NGỮ KHÁC (CHỈ RÕ):	

## CHÚNG TA NÊN GỌI VÀO LÚC NÀO?

Xin khoanh tròn một cái: 7 a.m. – 10 a.m. 10 a.m. – 1 p.m. 1 p.m. – 4 p.m. 4 p.m. – 7 p.m. 7 p.m. – 9 p.m. 9 p.m. – 11 p.m.

**ĐƯỜNG DÂY CAI THUỐC LÁ THƯỜNG GỌI LẠI BỆNH NHÂN TRONG VÒNG MỘT NGÀY SAU KHI NHẬN ĐƯỢC GIỚI THIỆU.**

## CHỮ KÝ BỆNH NHÂN

Tôi xin cho phép bác sĩ điều trị của tôi tiết lộ những thông tin trong mẫu đơn này cho Đường Dây Bỏ Thuốc lá của Illinois với mục đích để tôi tham gia chương trình dừng thuốc lá. Tôi cũng cho phép Đường Dây Bỏ Thuốc Lá của Illinois và các đại diện của nó liên lạc với tôi qua số điện thoại liệt kê ở trên khi nhận được giấy giới thiệu từ bác sĩ điều trị của tôi. Tôi cho phép Đường Dây Bỏ Thuốc Lá và cơ quan giới thiệu thảo luận về việc sử dụng dịch vụ này của tôi.

X \_\_\_\_\_  
CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN HOẶC ĐẠI DIỆN CỦA BỆNH NHÂN NGÀY

X \_\_\_\_\_  
CHỮ IN TÊN CỦA ĐẠI DIỆN BỆNH NHÂN QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN

## CHUYÊN GIA CHĂM SÓC SỨC KHỎE

## BẢNG KIỂM TRA ĐIỀU TRỊ THUỐC LÁ

<b>1. HỎI về sự sử dụng</b> Xác nhận và kiểm tra hồ sơ sử dụng thuốc lá của bệnh nhân	<b>2. KHUYÊN bỏ hút thuốc</b> Với một thái độ rõ ràng, rất có tình người, khuyến khích bệnh nhân bỏ thuốc.	<b>3. ĐÁNH GIÁ sự sẵn sàng bỏ thuốc</b> Bệnh nhân có ý muốn cố gắng bỏ thuốc không?	<b>4. HỖ TRỢ trong sự cố gắng bỏ thuốc</b> Đề nghị tư vấn hoặc điều trị bằng thuốc trong sự hỗ trợ bỏ thuốc lá.	<b>5. SẮP XẾP theo dõi</b> Bằng cách fax mẫu đơn này, Đường dây Bỏ Thuốc lá của Illinois sẽ theo dõi.
<b>ĐÁNH GIÁ về sự sẵn sàng bỏ thuốc:</b>	<input type="checkbox"/> Sẵn sàng bỏ <input type="checkbox"/> Đang suy nghĩ bỏ <input type="checkbox"/> Chưa sẵn sàng bỏ			
<b>HỖ TRỢ từ bỏ:</b>	Thuốc Chantix có thích hợp không? <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> Không (nếu có, xin cho bệnh nhân toa thuốc) Thuốc Bupropion có thích hợp không? <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> Không (nếu có thể khám bệnh trắng, xin cho bệnh nhân toa thuốc) Thuốc thay thế Nicotine có thích hợp không? <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> Không (nếu có, xin cho bệnh nhân toa thuốc)			

Những ý kiến khác:

TÊN PHÒNG MẠCH:

DIỆN THOẠI:

FAX:

print or stamp here

CHỮ KÝ của nhân viên phòng mạch:

X \_\_\_\_\_

FAX MẪU ĐƠN NÀY TỚI: 217-787-5916