

**Tuberculosis (TB) Symptom Screen -  
Vietnamese**

**Kiểm tra Triệu chứng Lao**

Tên: \_\_\_\_\_ Nam \_\_\_\_\_ Nữ \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**Lần thử da gần nhất:** \_\_\_\_\_  
(Tên, địa chỉ, thành phố, bang, mã vùng và số điện thoại nơi thử nghiệm)

**Ngày thử:** \_\_\_\_\_ **Kết quả** \_\_\_\_\_ mm Dương tính \_\_\_ Âm tính \_\_\_ **X-quang ngực:** Bình thường \_\_\_ Bất thường \_\_\_

Bạn đã từng điều trị: **Nhiễm Lao Ngầm (LTBI)?** Có \_\_\_ Không \_\_\_ Số tháng \_\_\_ **Bệnh lao?** Có \_\_\_ Không \_\_\_ Số tháng \_\_\_

Nếu có, **Khi nào?** \_\_\_\_\_ **Ở đâu?** \_\_\_\_\_

**Tên thuốc:** \_\_\_\_\_

**Ngày hôm nay** \_\_\_\_\_

Bạn bị ho? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_  
 Nếu có, bạn đã ho bao lâu? Số ngày \_\_\_\_\_ Số tuần \_\_\_\_\_ Số tháng \_\_\_\_\_  
 Đờm có màu gì? \_\_\_\_\_ Bạn ho ra máu? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_

Bạn ra mồ hôi đêm? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_

Bạn bị sốt? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_

Bạn sụt cân ngoài ý muốn? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_ # Pao \_\_\_\_\_

Bạn cảm thấy mệt hoặc yếu? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_  
 Nếu có, bạn đã mệt hoặc yếu bao lâu? Số ngày \_\_\_\_\_ Số tuần \_\_\_\_\_ Số tháng \_\_\_\_\_

Bạn bị đau ngực? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_  
 Nếu có, bạn đã đau ngực bao lâu? Số ngày \_\_\_\_\_ Số tuần \_\_\_\_\_ Số tháng \_\_\_\_\_

Bạn thở gấp? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_  
 Nếu có, bạn đã thở gấp bao lâu? Số ngày \_\_\_\_\_ Số tuần \_\_\_\_\_ Số tháng \_\_\_\_\_

Bạn có biết ai gặp các triệu chứng này? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ \_\_\_\_\_ ĐT \_\_\_\_\_

**Biện pháp xử lý** (đánh dấu tất cả những ô phù hợp)

Không có dấu hiệu lao thực sự vào thời điểm này	
Không cần X-quang ngực vào thời điểm này	
Đã trao đổi với khách về các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh lao	
Khách biết tìm dịch vụ y tế khi có các triệu chứng lao	
Biện pháp cần thiết tiếp theo	
• Cách ly	
• Cấp mặt nạ y tế	
• Cần chụp X-quang ngực	
• Cần lấy mẫu đờm	
• Chuyển đến Bác sĩ /Phòng khám (Nêu rõ):	
• Xử lý khác (Nêu rõ):	

Chữ ký Người đánh giá \_\_\_\_\_

Chữ ký Khách \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_