

Họ tên: _____

Ngày: _____

Bảng Câu Hỏi Dành Cho Bệnh Nhân – Sức Khỏe Hậu Môn Trực Tràng

Thói Quen Ăn Uống & Đường Ruột

(Khoanh tròn Có hoặc Không cho mỗi câu trả lời)

1. Quý vị có bị táo bón không? **Có / Không** Tiêu chảy? **Có / Không** Quý vị có phải rặn khi đi đại tiện? **Có / Không**
2. Thời gian đi vệ sinh trung bình trong một lần đi đại tiện là bao lâu? _____ phút
3. Có bao giờ xảy ra tình huống mô thoát ra khỏi trực tràng (sa trực tràng) trong quá trình đại tiện không? **Có / Không**
Quý vị có phải đẩy vào không? Có/Không
4. Quý vị có thường cảm thấy "chưa hoàn toàn xong" sau khi đi đại tiện không? **Có / Không**
5. Quý vị có đang dùng thực phẩm bổ sung chất xơ không? **Có / Không** Nếu có thì là loại nào?

6. Trung bình, quý vị có uống đủ 6-8 cốc nước mỗi ngày không? **Có / Không**
7. Quý vị có đang dùng thuốc giảm đau theo toa không? **Có / Không**
8. Quý vị có từng thực hiện nội soi đại tràng hoặc soi đại tràng sigma ống mềm chưa? **Có / Không** Nếu có thì khi nào? _____
9. Khi nào thì đến lịch nội soi đại tràng lần tiếp theo của quý vị? _____

Triệu chứng (ở vùng trực tràng)

(Đánh dấu tất cả nội dung áp dụng)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Chảy máu | ☐ Ngứa ngứa | ☐ Sa trực tràng | ☐ “Đột bùng phát” |
| ☐ Áp lực hoặc sưng tấy | ☐ Rò rỉ hoặc bắn | ☐ Đau | ☐ Nóng rát |

Các câu hỏi bổ sung

(Khoanh tròn Có hoặc Không cho mỗi câu trả lời)

1. Quý vị có dị ứng với cao su không? **Có / Không**
2. Quý vị có đang mang thai không? **Có / Không** Cho con bú? **Có / Không**
3. Quý vị có đang dùng thuốc điều trị rối loạn cương dương, thuốc Viagra cho bệnh tăng huyết áp phổi, thuốc Cialis cho tuyến tiền liệt hoặc thuốc nitrat cho chứng đau ngực không? **Có / Không**
4. Quý vị có đang dùng thuốc làm loãng máu hoặc thuốc chống đông máu không? **Có / Không** Nếu có thì là thuốc nào? _____
5. Quý vị có từng được chẩn đoán mắc bệnh Crohn, viêm trực tràng, tăng áp lực tĩnh mạch cửa hoặc ung thư hậu môn/trực tràng chưa? **Có / Không**
6. Quý vị có đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hoặc đang điều trị bằng xạ trị không? **Có / Không**

7. Quý vị có cần dùng thuốc kháng sinh trước khi phẫu thuật nha khoa hoặc thực hiện các thủ thuật khác không? **Có / Không**
8. Quý vị có từng bị choáng váng/ngất xỉu/huyết áp thấp không? **Có / Không**

Nhận xét khác?
