

பெயர்:
பிறந்த
திகதி:
MRN
பாலினம்:
மின்னஞ்சல்
முகவரி: வீடு:
கைத்தொலைபேசி:

**அறுவைச் சிகிச்சைக்கு முன்னரான
ஆரோக்கிய வரலாறு குறித்த நோயாளி
விவரத்தாள்**

மயக்கவியல் (Anesthesiology) பிரிவு

தயவுசெய்து இந்த நோய் வரலாறு குறித்த விவரத்தை உங்களால் இயலுமான வரைப் பூர்த்தி செய்து உங்கள் அறுவைச் சிகிச்சை நிபுணரின் அலுவலகக் குழுவிடம் கொடுக்கவும். எதற்காவது சரியான பதில் உங்களுக்கு உறுதியாகத் தெரியவில்லை என்றால், "நிச்சயமாகத் தெரியவில்லை" என்பதைக் குறிப்பிடவும். "தயவுசெய்து விளக்கவும்/குறிப்பிடவும்" என்ற பிரிவில் கூடுதல் விவரங்களைச் சேர்க்கலாம். இந்தப் படிவத்தை முழுமையாக நிரப்பத் தவறினால், உங்கள் அறுவைச் சிகிச்சையில் தாமதம் ஏற்படக்கூடும்.

இதயம்					
உங்களுக்குப் பின்வருவன இருக்கிறதா:	ஆம்	இல்லை	நிச்சயமாகத் தெரியவில்லை	தயவுசெய்து விவரிக்கவும்:	
1. ஏதாவது இதயப் பிரச்சனைகள்? (உதாரணமாக. மாரடைப்பு, இதய அதிர்வு, ஆஞ்சினா, அடைப்புகள், ஆஞ்சியோபிளாஸ்டி, ஸ்டென்ட், வால்வுப் பிரச்சனைகள், ஒழுங்கற்ற இதயத்துடிப்பு, இதய அறுவைச் சிகிச்சை, இதய செயலிழப்பு).					*
2. உயர் இரத்த அழுத்தம் அல்லது உயர் இரத்த அழுத்தத்திற்கு மருந்து எடுத்துக் கொள்கிறீர்களா?					
3. இரண்டாவது மாடிக்குப் போகப் படிக்கட்டு ஏறிய பிறகு நெஞ்சு வலி அல்லது மூச்சுத் திணறல் ஏற்படுகின்றதா?					*
4. இதயமுடுக்கி (pacemaker) அல்லது டிஃபிரிலேட்டர் (defibrillator) ஒன்று பொருத்தப்பட்டுள்ளதா?					*
5. நீங்கள் அடிக்கடி ஆஸ்பிரின் (ASA) எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா?					
6. இரத்த ஐதாக்கிகளுக்காகப் பரிந்துரைக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? (உதாரணமாக warfarin, coumadin, plavix, dabigatran, rivaroxaban)					*
7. செயற்கையான இதய வால்வு பொருத்தப்பட்டுள்ளதா?					*
8. வேறு ஏதாவது இதயப் பிரச்சனைகள்					*

உள்ளதா?					
சுவாசம்					
உங்களுக்குப் பின்வருவன இருக்கிறதா:	ஆம்	இல்லை	நிச்சயமாகத் தெரியவில்லை	தயவுசெய்து விவரிக்கவும்:	
9. நீங்கள் கடந்த காலத்தில் ஏதாவது வகையான புகையிலையைப் புகைத்திருக்கிறீர்களா? தயவுசெய்து குறிப்பிடவும், எந்த வகை (உதாரணமாக, சிகரெட், சுருட்டுகள், பைப்புகள், கஞ்சா, vapes) மற்றும் எவ்வளவு காலம்?					
10. Emphysema, நாட்பட்ட தடுப்பு நுரையீரல் நோய் (COPD) அல்லது ஆஸ்துமா?					
11. வாரத்திற்கு இரண்டு முறைக்கு மேல் ஆஸ்துமாவுக்குரிய நிவாரண மருந்துகள் அல்லது கடந்த 2 மாதங்களில் வாய்வழி ஸ்டெராய்டுகள் தேவைப்பட்டதா?					*
12. நீங்கள் சுவாசிப்பதற்கு வீட்டில் ஆக்ஸிஜனைப் பயன்படுத்துகிறீர்களா?					*
13. சுவாசிப்பதில் சிரமம் காரணமாக குறைந்தது 30 நிமிடங்களுக்காவது நிமிர்ந்து படுத்திருப்பதில் பிரச்சனை உள்ளதா?					*
14. கடந்த 2 மாதங்களாக மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்படும் வகையில் உங்களுக்கு நெஞ்சுத் தொற்று ஏதாவது ஏற்பட்டதுண்டா?					*
15. கடந்த 2 மாதங்களில் உங்களுக்கு COVID-19 இருப்பது கண்டறியப்பட்டதா?					
16. உங்களுக்குத் தூக்கத்தில் மூச்சுத்திணறல் ஏற்படுவதுண்டா?					
17. இரவில் சுவாசிக்க உதவுவதற்காக ஒரு இயந்திரத்தைப் பயன்படுத்தும்படி உங்களுக்குச் சொல்லப்பட்டிருந்தும் அதைப் பயன்படுத்துவதில்லை எனத் தெரிவு செய்தீர்களா?					

18. உங்களுக்கு வேறு ஏதாவது சுவாசப் பிரச்சனைகள் உள்ளதா?					
இரத்தப் பிரச்சனைகள்					
உங்களுக்குப் பின்வருவன இருக்கிறதா:	ஆம்	இல்லை	நிச்சயமாகத் தெரியவில்லை	தயவுசெய்து விவரிக்கவும்:	
19. Sickie செல் அனீமியா?					*
20. இரத்தச் சோகை (இரத்த அணுக்களின் குறைந்த எண்ணிக்கை)?					
21. குருதிப்போக்கு நோய் அல்லது குருதியிறைதல் பிரச்சனை?					*
22. உங்களுக்குக் குருதிப் பொருட்கள் ஏதாவது வழங்கும்போது அதனை ஏற்க மறுப்பதற்கான தனிப்பட்ட அல்லது மதரீதியான காரணங்கள் ஏதாவது உள்ளதா?					*
நரம்பியல்					
உங்களுக்குப் பின்வருவன இருக்கிறதா:	ஆம்	இல்லை	நிச்சயமாகத் தெரியவில்லை	தயவுசெய்து விவரிக்கவும்:	
23. குறிப்பிடத்தக்க நினைவாற்றல் இழப்பு அல்லது ஞாபகமறதி?					
24. உங்கள் தசைகள் மற்றும் நரம்புகளைப் பாதிக்கும் நோய்?					*
25. பக்கவாதம் அல்லது மினி ஸ்ட்ரோக்/TIA ஏற்பட்டுள்ளதா?					*
26. அனூரிஸம் (aneurysm)?					*
27. வலிப்பு அல்லது காக்கை வலிப்பு?					*
வேறு முக்கியமான மருத்துவ நிலைமைகள்					
உங்களுக்குப் பின்வருவன இருக்கிறதா:	ஆம்	இல்லை	நிச்சயமாகத் தெரியவில்லை	தயவுசெய்து விவரிக்கவும்:	
28. கடந்த ஆண்டில் எத்தனை தடவைகள் மயக்கமடைந்தீர்கள்?					*
29. உங்களுக்கு அல்லது உங்கள் குடும்பத்தினருக்கு (இரத்த உறவினர்கள்) மயக்க மருந்தைத் தொடர்ந்து, குமட்டல் அல்லது வாந்தியெடுத்தல் தவிர, (உதாரணமாக வீரியம் மிக்க ஹைபர்தர்மியா) கடுமையான பிரச்சனைகள் ஏதாவது					*

ஏற்பட்டுள்ளதா?					
30. உங்கள் வாய், தாடை ஆகியவற்றைத் திறப்பதில் பிரச்சனையா அல்லது கழுத்தை மேலும் கீழும் அசைப்பதில் சிக்கல் உள்ளதா?					*
31. நீடித்திருக்கும் வலிக்கு நீங்கள் வலியை உணராதிருக்கச் செய்யும் மருந்துகளை (codeine, morphine, hydromorphone, Percocet, methadone அல்லது suboxone போன்றவை) எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா?					*
32. நீங்கள் கர்ப்பிணியா/கர்ப்பம் தரித்திருப்பதற்கான சாத்தியம் உள்ளதா?					
33. உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய் இருக்கிறதா?				<input type="checkbox"/> இன்சலின் எடுக்கின்றீர்களா* <input type="checkbox"/> நீரிழிவு மாத்திரைகள் எடுக்கின்றீர்களா <input type="checkbox"/> உணவுக் கட்டுப்பாட்டில் உள்ளீர்களா	*
34. நீங்கள் டயாலிசிஸ் செய்துகொண்டிருக்கிறீர்களா?					*
35. சிறுநீரகக் கற்களைத் தவிரச் சிறுநீரகம் தொடர்பான வேறு ஏதாவது நோய் உங்களுக்கு இருக்கின்றதா?					*
36. உங்களுக்குத் தைராய்டு நோய் உள்ளதா?					
37. நீங்கள் HIV க்கு நேர்மறையாகச் சோதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?					*
38. உங்களுக்கு ஈரல் நோய் இருக்கின்றதா?					*
39. நீங்கள் உறுப்பு மாற்று அறுவைச் சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா (cornea ஐத் தவிர)?					*
40. உங்களுக்கு வயிற்றுப் புண்கள், நெஞ்செரிவு அல்லது குடலிறக்கம் உள்ளதா?					
41. உங்களுக்கு ஆட்டோ இம்யூன் (autoimmune) நோய் உள்ளதா? (உதாரணமாக lupus)?					*
42. உங்களுக்கு மூட்டுவலி (arthritis) இருக்கிறதா?				<input type="checkbox"/> முடக்கு வாதம் (Rheumatoid Arthritis)* <input type="checkbox"/> கீல்வாதம் (Osteoarthritis)	*
43. உங்களுக்கு மனநலக் கரிசனைகள் ஏதாவது உள்ளதா? (உதாரணமாக, பதட்டம், பீதித் தாக்குதல்கள்,					

கிளாஸ்ட்ரோ:போபியா, ஊசிக்குப் பயம் போன்றவை)					
44. உங்களுக்குப் புற்றுநோய் இருக்கிறதா/முன்னர் இருந்ததா?					*
45. நீங்கள் கீமோதெரபி/கதிரியக்கச் சிகிச்சை செய்திருக்கிறீர்களா?				<input type="checkbox"/> தலை அல்லது கழுத்துக்கு * <input type="checkbox"/> ஏனையவை	*
46. நீங்கள் கஞ்சாவைத் தவிர வேறு ஏதாவது தெருவழிப் போதைப் பொருட்களைப் பயன்படுத்துகின்றீர்களா?					
ஒரு வாரத்தில் சராசரியாக அருந்தும் மதுவின் அளவைத் தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்					
மருந்து, உணவு அல்லது லேடெக்ஸ் ஆகிய எவற்றுக்காவது ஒவ்வாமை இருந்தால் குறிப்பிடவும்					
மிகச் சமீபத்திய உயரம்:	மிகச் சமீபத்திய எடை:				
மருந்தகத்தின் பெயர் மற்றும் தொலைபேசி எண்ணைக் குறிப்பிடவும்					
உங்கள் மருந்தகத்தின் பெயர்:	தொலைபேசி எண் (அல்லது மருந்தகத்தின் அமைவிடம்):				
நீங்கள் உட்கொள்ளும் அனைத்து மருந்துகளையும் பட்டியலிடவும் (மூலிகை மருந்துகள், வைட்டமின்கள் மற்றும் பரிந்துரைக்கப்படாத மருந்துகள்.) தேவைப்பட்டால் அதன் பட்டியலை இணைக்கவும்.					
1.	9.				
2.	10.				
3.	11.				
4.	12.				
5.	13.				
6.	14.				
7.	15.				
8.	16.				
முந்தைய மற்றும் நடக்கவிருக்கும் அனைத்து அறுவைச் சிகிச்சைகளையும் பட்டியலிடவும்:					
1.	4.				
2.	5.				
3.	6.				

நாம் தெரிந்துகொள்ள வேண்டிய வேறு ஏதாவது நோய்கள், கட்டுப்பாடுகள் அல்லது கரிசனைகள் உங்களுக்கு இருக்கின்றதா?

நோயாளியின் ஆரோக்கிய வரலாறு விவரத்தானைப் பூர்த்தி செய்தவர்:

- நோயாளி குடும்பம் சுகாதார வழங்குநர்
- ஏனையவை (குறிப்பிடவும்):

முக்கியம்: நீங்கள் ஏதாவது புதிய மருந்தை உட்கொள்ளத் தொடங்குவதற்கு முன், உங்களுக்குச் சளி அல்லது காய்ச்சல் அல்லது நோய் இருப்பதாக நீங்கள் நினைத்தால், தயவுசெய்து உங்கள் அறுவைச் சிகிச்சை நிபுணரிடம் தெரிவிக்க மறக்காதீர்கள்.

உறுதிமொழி:

மேலே கொடுக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் எனக்குத் தெரிந்த வரையில் உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்று இதன் மூலம் உறுதியளிக்கிறேன். இந்தப் படிவத்தில் ஏதாவது தவறான அறிக்கைகள் கொடுக்கப்பட்டால் அல்லது வேண்டுமென்றே விடுபட்டால், போதிய மருத்துவச் சேவை கிடைக்காமல் போகலாம் என்பதையும் நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

பெயரை எழுதவும்:

கையொப்பம்:

திகதி (yyyy/mm/dd):

நேரம்:

முன்-அனுமதிப் பயன்பாட்டிற்கு மட்டும்

முன்-அனுமதிப் பிரிவுச் சந்திப்பு வகை:

- RN மதிப்பீடு (சிகிச்சையகச் சந்திப்பு) விளக்கப்பட மதிப்பாய்வு
- RN தொலைபேசி
- மயக்க மருந்து/RN மதிப்பீடு (சிகிச்சையகச் சந்திப்பு)
- ஏனையவை (குறிப்பிடவும்)

நோயாளி விவரத்தானை மதிப்பாய்வு செய்தவர்:

- முன்-அனுமதிப் பிரிவு RN

- ஏனையவை

குறிப்புகள்:

பெயரை
எழுதவும்:

கையொப்பம்

திகதி (yyyy/mm/dd):

நேரம்:

பெயர்:

பிறந்த திகதி: MRN

பாலினம்:

மின்னஞ்சல் முகவரி: வீடு:

கைத்தொலைபேசி:

