

Mẫu Lịch Sử Môi Trường cho Bệnh Nhi Hen Suyễn

Nêu rõ rằng các câu hỏi liên quan đến nhà của trẻ cũng áp dụng cho các môi trường trong nhà khác mà trẻ ở, bao gồm trường học, nhà trẻ, xe hơi, xe buýt

	Theo dõi/Ghi chú		
Bệnh hen suyễn của con quý vị có nặng hơn vào ban đêm không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Bệnh hen suyễn của con quý vị có nặng hơn ở các địa điểm cụ thể không? Nếu có thì là ở đâu? _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Bệnh hen suyễn của con quý vị có nặng hơn vào một mùa cụ thể không? Nếu có thì là mùa nào? _____	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Bệnh hen suyễn của con quý vị có nặng hơn khi thay đổi thời tiết cụ thể không? Nếu có thì thay đổi như thế nào?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có thể nêu bất kỳ tác nhân cụ thể nào khiến bệnh hen suyễn của con quý vị trở nên nặng hơn không? Nếu có thì đó là tác nhân gì?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có nhận thấy việc tiếp xúc với bụi làm cho bệnh hen suyễn của con quý vị trở nên nặng hơn không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Con quý vị có ngủ chung với thú nhồi bông không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Có thảm phủ kín trong phòng ngủ của con quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có sử dụng biện pháp nào để kiểm soát mạt bụi không? Nếu có thì đó là biện pháp gì?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có nuôi thú cưng có lông không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có thấy dấu hiệu của chuột trong nhà mình hằng tuần không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có thấy gián trong nhà mình hằng ngày không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Có thành viên gia đình, người chăm sóc hay bạn bè nào của gia đình hút thuốc không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Người đó có quan tâm hay mong muốn cai thuốc không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Con/trẻ vị thành niên của quý vị có hút thuốc không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có nhìn thấy hoặc ngửi thấy mùi nấm/nấm mốc trong nhà mình không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Có bằng chứng về thiệt hại do nước trong nhà quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có sử dụng máy tạo độ ẩm hoặc máy làm mát không khí không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có trải thảm mới, sơn mới, sơn lại sàn nhà hoặc thực hiện những thay đổi khác trong nhà mình trong năm qua không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Con quý vị hoặc một thành viên khác trong gia đình có sở thích sử dụng các vật liệu độc hại hoặc phát ra khói không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Ô nhiễm không khí ngoài trời có từng khiến bệnh hen suyễn của con quý vị trở nên nặng hơn không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Con quý vị có hạn chế các hoạt động ngoài trời khi có cảnh báo chất lượng không khí Mã Cam hoặc Mã Đỏ liên quan đến ô nhiễm ôzôn hoặc hạt không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có sử dụng lò sưởi hoặc bếp đốt củi không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị có sử dụng các thiết bị không thông hơi như bếp gas để sưởi ấm nhà không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Con quý vị có tiếp xúc với các chất kích thích khác (ví dụ: nước hoa, chất tẩy rửa hoặc thuốc xịt) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc
Quý vị còn có những lo lắng nào khác liên quan đến bệnh hen suyễn của con mình nhưng chưa được thảo luận?			

Tham khảo: Quản Lý Môi Trường Cho Bệnh Hen Suyễn Nhi Khoa Hướng Dẫn cho Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế www.neefusa.org/resource/environmental-management-pediatric-asthma-guidelines-health-care-providers

