

Chào Mừng Quý Vị

đến với Bộ Dụng Cụ Chăm Sóc Bệnh Nhân!

Thỏa Thuận Giữa Bệnh Nhân và Nhà Cung Cấp Dịch Vụ

Hiện tại, tôi tự hào là chủ sở hữu của Bộ Dụng Cụ Chăm Sóc Bệnh Nhân với một bộ công cụ và các lời khuyên để có sức khỏe tốt hơn này.



- ✓ Với Bộ Dụng Cụ Chăm Sóc Bệnh Nhân, nhà cung cấp dịch vụ tại trung tâm y tế và nhóm chăm sóc của tôi sẽ:
 - Hướng dẫn tôi cách sử dụng từng công cụ tại nhà
 - Giúp tôi ăn uống tốt hơn và năng vận động
 - Hướng dẫn tôi cách dùng thuốc an toàn
 - Giúp tôi giữ đúng lịch hẹn của các cuộc hẹn y tế quan trọng
- ✓ Nếu tôi có thắc mắc về Bộ Dụng Cụ hoặc sức khỏe của mình, tôi có thể gọi điện

_____ theo (số điện thoại): _____

- ✓ Đổi lại, tôi đồng ý làm việc với nhóm chăm sóc tại trung tâm y tế của tôi để tìm hiểu về cách thức và thời điểm sử dụng từng công cụ trong Bộ Dụng Cụ nhằm cải thiện sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng Bộ Dụng Cụ được cung cấp cho tôi như một phần của dự án *Dẫn Đầu Sự Thay Đổi: Chuyển Đổi Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Nhà*. Mục tiêu của dự án là tìm hiểu xem Bộ Dụng Cụ Chăm Sóc Tại Nhà có thể giúp bệnh nhân và nhóm chăm sóc của họ có được sức khỏe tốt hơn hay không.
- ✓ Tôi đồng ý tham gia dự án thí điểm *Dẫn Đầu Sự Thay Đổi: Chuyển Đổi Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Nhà* cho đến ngày 30 tháng 6 năm 2020. Trong quá trình thực hiện dự án này, tôi sẽ:
 - Hoàn thành một (1) xét nghiệm sàng lọc ung thư đại trực tràng.
 - Hoàn thành các xét nghiệm glucose trong máu của Bộ Dụng Cụ (nhà cung cấp dịch vụ của tôi sẽ cho tôi biết cách thức và thời điểm tiến hành mỗi xét nghiệm). Một Bộ Dụng Cụ dùng được cho bốn (4) xét nghiệm. Tôi cũng sẽ kiểm tra đường huyết của tôi (bằng cách lấy máu đầu ngón tay) theo hướng dẫn của nhà cung cấp dịch vụ.
 - Sử dụng vật tư của Bộ Dụng Cụ để đo huyết áp, cân nặng và thân nhiệt.
 - Ghi ra (ghi lại) huyết áp, cân nặng và thân nhiệt trong “nhật ký” của tôi.
 - Báo cáo các số đo này với nhóm chăm sóc tại trung tâm y tế của tôi.
 - Liên hệ với bác sĩ của tôi khi:
 - Số đo huyết áp của tôi cao hơn _____.
 - Số đo glucose trong máu của tôi cao hơn _____.
 - Thân nhiệt của tôi cao hơn _____.

Thỏa Thuận Giữa Bệnh Nhân và Nhà Cung Cấp Dịch Vụ (tiếp tục)

- ✔ Nếu tôi sử dụng Bộ Dụng Cụ như hướng dẫn từ tháng 11 năm 2020 – tháng 6 năm 2021, tôi có thể giữ lại vật tư để cải thiện sức khỏe của tôi. Nếu tôi không còn muốn tham gia dự án này hoặc sử dụng Bộ Dụng Cụ, tôi có thể gửi lại vật tư cho trung tâm y tế của tôi. Nếu tôi không sử dụng Bộ Dụng Cụ, trung tâm y tế có thể yêu cầu tôi trả lại vật tư.

Tôi đồng ý tham gia vào dự án *Dẫn Đầu Sự Thay Đổi: Chuyển Đổi Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Nhà*:

Tên Bệnh Nhân: _____ Số Hồ Sơ Y Tế: _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân: _____

Ngày: _____

Nhân viên xác nhận đã nhận và được đào tạo về Bộ Dụng Cụ
Chăm Sóc Bệnh Nhân (tên): _____

Chữ ký của nhân viên: _____

Bộ Dụng Cụ của quý vị bao gồm:



- ✓ **Quidel Corporation: Xét Nghiệm Sàng Lọc Ung Thư Đại Tr tràng/Xét Nghiệm Hóa Miễn Dịch Để Phát Hiện Máu Ẩn Trong Phân (immunochemical Fecal Occult Blood, iFOB)**

(bao gồm 1-2 găng tay)

CHỨC NĂNG CỦA CÔNG CỤ

Kiểm tra nguy cơ ung thư đại tràng bằng cách tìm máu trong phân.

THỜI ĐIỂM SỬ DỤNG

Hoàn thành xét nghiệm này trong vòng một (1) tuần kể từ khi nhận Bộ Dụng Cụ.

LỊCH

- Tháng 11 năm 2020



- ✓ **Cân Kỹ Thuật Số Cho Nhà Tắm ZOETOUCH**

CHỨC NĂNG CỦA CÔNG CỤ

Đo cân nặng.

THỜI ĐIỂM SỬ DỤNG

Đo hàng tuần.

LỊCH

- Tháng 11 năm 2020 – tháng 6 năm 2021: hàng tuần



- ✓ **Nhiệt Kế Đo Trán Kỹ Thuật Số American Diagnostic**

CHỨC NĂNG CỦA CÔNG CỤ

Đo nhiệt độ.

THỜI ĐIỂM SỬ DỤNG

Đo hàng tuần hoặc khi tôi nghĩ mình bị sốt.

LỊCH

- Tháng 11 năm 2020 – tháng 6 năm 2021: hàng tuần



- ✓ **Omron Healthcare BP7450**

CHỨC NĂNG CỦA CÔNG CỤ

Đo huyết áp.

THỜI ĐIỂM SỬ DỤNG

Đo hàng ngày trong một (1) tuần sau khi tôi nhận Bộ Dụng Cụ, sau đó hàng tuần trong tháng đầu tiên, và tiếp theo là một lần mỗi tháng (hoặc theo như hướng dẫn của nhà cung cấp dịch vụ).

LỊCH

- Tháng 11 năm 2020 (sau khi nhận Bộ Dụng Cụ): 4 lần/ngày trong 1 tuần (2 lần vào buổi sáng, 2 lần vào buổi tối)
- Tháng 11 năm 2020 (thời gian còn lại trong tháng): hàng tuần
- Tháng 12 năm 2020 – tháng 6 năm 2021: hàng tháng

Hoặc theo như hướng dẫn của nhà cung cấp dịch vụ.



- ✓ **Bộ Dụng Cụ Tự Xét Nghiệm PTS Diagnostics A1CNow®**

(bao gồm vật tư lấy máu đầu ngón tay như gạc tẩm cồn, lưỡi chích bổ sung, gạc và băng dán Band-Aid)

CHỨC NĂNG CỦA CÔNG CỤ

Đo mức đường huyết trung bình trong 2-3 tháng qua.

THỜI ĐIỂM SỬ DỤNG

Đo tại lần khám khi tôi nhận Bộ Dụng Cụ, sau đó theo hướng dẫn của nhà cung cấp dịch vụ.

LỊCH

- Tháng 11 năm 2020 – Xét Nghiệm lần 1
- Tháng 1/Tháng 2 năm 2021 – Xét Nghiệm lần 2
- Tháng 4/Tháng 5 năm 2021 – Xét Nghiệm lần 3
- Như hướng dẫn – Xét Nghiệm lần 4