

Hộ Chiếu Chăm Sóc Nha Khoa Của Tôi



Đây là phần đọc cần thiết cho tất cả nhân viên nha khoa làm việc với tôi. Nó cung cấp thông tin quan trọng về cách tôi có thể được hỗ trợ tốt hơn tại phòng khám của bạn. Hộ chiếu này nên được giữ trong tầm mắt và sử dụng khi bạn nói chuyện với tôi hoặc có câu hỏi về tôi.

Mẫu đơn này đã được hoàn thành với sự giúp đỡ từ: _____

Điện thoại: _____ E-mail: _____



TẤT CẢ VỀ TÔI

Tôi tên là: _____

Tôi muốn được gọi bằng tên: *(tên thường ngày nếu có)*

Tôi là: Nam Nữ Khác

Đại từ giới tính ưa thích của tôi là:

Anh ấy Cô ấy Họ Ze Không được liệt kê Không có sở thích

Nơi tôi hiện đang sống: *(Ví dụ - trung tâm hỗ trợ sinh hoạt hoặc nhà của gia đình tôi.)*

(Những) khuyết tật tôi có:

Chính: _____

Phụ: _____

Đây là người tốt nhất để liên lạc thêm thông tin về tôi hoặc nếu tôi cần giúp đỡ: *(Vui lòng liệt kê tên, vai trò và số điện thoại.)*

Các chuyên gia chính khác có chăm sóc sức khỏe của tôi và có thể hữu ích để liên lạc:

(Vui lòng liệt kê tên, vai trò và số điện thoại.)



TIỀN SỬ BỆNH

Tiền sử bệnh của tôi: (bao gồm các tình trạng khác như suy giảm thị lực, khiếm thính, tiểu đường, động kinh, hen suyễn, trầm cảm cũng như các bệnh hoặc phẫu thuật nghiêm trọng trong quá khứ và các vấn đề y tế khác)

Đây là những loại thuốc tôi đang dùng và cách chúng giúp tôi: (Vui lòng liệt kê tất cả các loại thuốc theo toa và không theo toa)

Tôi có phản ứng xấu khi tôi dùng những loại thuốc này: (Vui lòng liệt kê các loại thuốc mà bạn bị dị ứng hoặc không dung nạp tốt, bao gồm chi tiết về những phản ứng sẽ xảy ra.)

Tôi bị dị ứng với latex (mủ cao su): CÓ KHÔNG



TIỀN SỬ NHA KHOA

Lần cuối cùng tôi đến văn phòng nha khoa là: (chọn một)

Trong vòng 3 tháng qua 6 tháng 1 năm Hơn một năm qua Chưa bao giờ

Trước đây khi tôi được chăm sóc răng miệng, tôi cần thuốc đặc trị để giúp tôi giữ bình tĩnh (tại bệnh viện, IV An thần, khí/oxit nitơ) CÓ KHÔNG

Nếu có, hãy mô tả thuốc được sử dụng, nếu biết.

Cách tôi phản ứng với các thủ tục nha khoa hoặc y tế:

(Ví dụ - phản hồi thông thường đối với chích thuốc, gây mê, kiểm tra, x-quang)

Lần khám nha khoa tốt nhất của tôi là khi: *(Chia sẻ những điều CÓ tác dụng tốt)*

Lần khám nha khoa tồi tệ nhất của tôi là khi: *(Chia sẻ những điều KHÔNG tốt)*

Dưới đây là những câu hỏi và / hoặc lo lắng tôi có về răng và miệng của mình:

Đây là những điều tôi hoặc người trợ giúp của tôi làm mỗi ngày để chăm sóc răng:

Thật khó để tôi chăm sóc răng của mình CÓ KHÔNG

Nếu có, vui lòng giải thích:

Đây là những điều tôi cần để cảm thấy thoải mái trên ghế nha khoa: *(vui lòng đánh dấu tất cả những điều áp dụng)*

- Hỗ trợ cho: cổ lưng cánh tay đầu gối bàn chân
- Ngồi thẳng trên ghế nha khoa (không thể chịu được tư thế ngả lưng)
- Bọc bảo vệ hỗ trợ ổn định
- Hỗ trợ ổn định co thắt

Tôi cảm thấy tốt hơn khi nhân viên nha khoa chăm sóc cho tôi:

- Từ phía sau tôi Trước mặt tôi Không quan trọng

Nếu tôi bắt đầu nghe, đây là cách bạn có thể giúp đỡ:



DI CHUYỂN

Tôi sử dụng những dụng cụ hỗ trợ này để giúp tôi di chuyển:

Bạn có thể giúp tôi di chuyển bằng: (hỗ trợ cần thiết để ngồi vào ghế nha khoa, đi vệ sinh)



GIAO TIẾP & HÀNH VI

Những cách mà tôi mong muốn khi giao tiếp với mọi người:

- Nói chuyện trực tiếp với tôi
- Cho tôi thời gian để xử lý các câu hỏi
- Tôi bị suy giảm khả năng nói và có thể gây khó hiểu
- Tôi cần có thời gian để hình thành câu nói vì vậy xin hãy kiên nhẫn

Khác:

Tôi giao tiếp bằng cách sử dụng: (Ví dụ - lời nói, ngôn ngữ ưu tiên, ngôn ngữ ký hiệu, thiết bị liên lạc hoặc hỗ trợ, hình ảnh, âm thanh và cho biết nếu cần thêm thời gian / sự hỗ trợ)

Dưới đây là những cách tôi truyền đạt một vài điều:

Lo lắng / sợ hãi / tức giận:

Vâng / Okay / Tôi hiểu:

Không / Tôi không hiểu:

Khác:

Vào hầu hết các ngày, tôi sẽ tự mô tả mình là: (chọn tất cả những điều áp dụng)

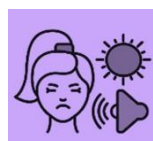
- Vui vẻ
- Yên lặng
- Lo lắng
- Buồn ngủ
- Lớn tiếng
- Tức giận
- Khác:

Đây là những điều tôi làm đôi khi có thể khó khăn hoặc nguy hiểm:

(Ví dụ - cử động cánh tay không kiểm soát được có thể đập vào tay bạn khi cầm dụng cụ nha khoa)

Đây là một số điều có thể giúp tôi thư giãn: *(đánh dấu tất cả những điều áp dụng)*

- Tai nghe để chặn tiếng ồn
- Che mắt để chặn ánh sáng và các hoạt động
- Chăn (mền) an ninh / thú nhồi bông để cầm
- Khác:



ĐỘ NHẠY CẢM

Đây là một số điều có thể làm tôi khó chịu: *(chọn tất cả những điều áp dụng)*

- Mùi hương - văn phòng, nước hoa, nước hoa
- Âm thanh - âm nhạc, khoan, điện thoại, giọng nói, đồng hồ
- Tầm nhìn - đèn, cánh tay của ghế ở trên cao, gương, dụng cụ sáng bóng
- Vị trí - chiều cao ghế và độ nghiêng, nằm "tĩnh", nằm phẳng
- Độ gần – con người, nước, ánh sáng, máy x-quang
- Tiếp xúc / Nhiệt độ - bao tay, không khí, gạc, nước, hút, nhiệt độ phòng/nước, bàn chải đánh răng
- Kết cấu – kem đánh răng, gạc, bông, kim loại
- Áp lực - tìm kiếm hoặc ác cảm
- Hương vị - găng tay, kem đánh răng, florua



NHỮNG ĐIỀU KHÁC BẠN CẦN BIẾT VỀ TÔI

(Vui lòng sử dụng không gian này để viết thêm thông tin)



Liên Minh Sức Khỏe Răng Miệng Missouri

www.oralhealthmissouri.org

Dự án này được hỗ trợ thông qua thỏa thuận với Hội Đồng Khuyết Tật Phát Triển Missouri. Tài Trợ Cho Dịch Vụ Khám Nha Khoa Từ Xa được cung cấp một phần bởi Hội Đồng Khuyết Tật Phát Triển Missouri, cấp 2101MOSCDD-01, theo ủy quyền của Luật Công 106-402-Hỗ Trợ Khuyết Tật Phát Triển và Đạo Luật Về Quyền Năm 2000 (Đạo Luật DD).