



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL SLEEP CENTER

“The Path to Healthy Sleep”

Chân thành kính chào quý vị!

Những kĩ thuật viên của chúng tôi ở **Fountain Valley Region Sleep Center** rất chân thành cảm ơn quý vị đã lựa chọn trung tâm này để được giải đáp thắc mắc nguyên nhân đang làm cản trở giấc ngủ yên lành của quý vị. Chúng tôi mong rằng trải nghiệm ở trung tâm chúng tôi sẽ diễn ra một cách tốt đẹp.

Xin quý vị giành một chút thời gian để điền những thông tin cần thiết để chúng tôi có thể đánh giá một cách chính xác nguyên nhân. Sau khi điền xong, xin quý vị hãy đem mọi giấy tờ đã hoàn thành đến trung tâm vào đêm hẹn. Kính mong quý vị thông báo trước cho nhân viên ở nơi đây nếu quý vị có những nhu cầu cần thiết khác (thí dụ thêm chăn mền, quạt, nếu quý vị đi đứng khó khăn, v.v.) ở số điện thoại **(714)-427-5900**.

Xin lưu ý, bất cứ cuộc hẹn nào huỷ bỏ không thông báo 2 ngày trước cuộc hẹn (48 tiếng đồng hồ) hoặc không có mặt sẽ bị phạt \$150.00. Vì vậy, xin bệnh nhân vui lòng cố gắng mọi nỗ lực để có mặt trong ngày hẹn.

Chúng tôi có nhiều địa điểm, nên xin quý vị vui lòng kiểm tra với văn phòng của chúng tôi trước ngày hẹn để bảo đảm quý vị có địa chỉ tới đúng nơi.

Đừng sử dụng địa chỉ trên giấy phép.

Mục đích quan trọng của chúng tôi ở đây là đảm bảo cho quý vị được phục vụ một cách chu đáo và tận tình. Do đó, xin quý vị hãy điền vào **Bản Đánh Giá Phục Vụ Cho Bệnh Nhân** sau khi mọi việc đã hoàn tất. Bản báo cáo này sẽ giúp chúng tôi biết thêm về cách làm cho những người bệnh và khách hàng trong tương lai được hài lòng.

Trân trọng,

Andrew Arambula
Chủ tịch & CEO





**FOUNTAIN VALLEY REGIONAL
SLEEP CENTER, INC.**

“The Path to Healthy Sleep”

Họ: _____ Tên: _____

Địa chỉ nhà: _____
Đường Thành Phố m Tiểu bang Zip

Điện thoại nhà: (____) _____ Cell #: _____ Số Bằng Lái Xê: _____

Nam Nữ Hôn Nhân: Cồ Gia Đình Độc Thân Goá Phụ Tuổi: _____ Email: _____

Ngày Sinh: ____/____/____ Số An Sinh Xã Hội: _____-_____-_____

Công Ty: _____ Số Điện Khi Cần Gọi Khẩn Cấp: (____)-____-____

Người Liên Lạc Khẩn Cấp: _____
Họ Tên

Quan hệ: _____ Số Điện Thoại: _____

Vợ Chồng

Tên Vợ/Chồng: _____
Họ Tên

Công Ty: _____ Số Điện Thoại: (____)-____-_____

Ngày Sinh: ____/____/____ Số An Sinh Xã Hội: _____-_____-_____

Bảo Hiểm

Bảo Hiểm Chính: _____ Người Đứng Tên: _____

ID #: _____ Nhóm #: _____ Kế hoạch #: _____

Bảo Hiểm Thứ Hai: _____ Người Đứng Tên: _____

ID #: _____ Nhóm #: _____ Kế hoạch #: _____

Được Giới Thiệu Bởi: _____ Số Điện Thoại: (____)-____-_____

Dị Ứng Loại Thuốc: _____

Chữ Ký Trên Giấy Tờ: Tôi yêu cầu những thanh toán hợp pháp được chuyển khoản trực tiếp cho Trung Tâm Giác Ngủ Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc. và cho phép tất cả những thông tin y tế nào của tôi được phát Cho Health Care Financing Administration (HCFA) và các cơ đại diện cần thiết để quyết định sự trợ cấp cho các dịch vụ liên quan. Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi yêu cầu sự thanh toán được thực hiện hợp pháp và cho phép sự phát hành của thông tin nào cần thiết để xử lý (các) khiếu nại với công ty bảo hiểm và/hoặc tiết lộ hồ sơ y tế thay mặt tôi cho luật sư hoặc các bác sĩ để có thể tham khảo về trường hợp của tôi. Tôi cũng hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm đối với bất kỳ khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ nào và các dịch vụ không được bảo hiểm trả tiền tại thời điểm tham quan văn phòng. Phí tiền tái thanh toán trả sẽ bị nêu vào tài khoản quá hạn.

Chữ Ký: _____ Ngày: ____/____/____





FOUNTAIN VALLEY REGIONAL SLEEP CENTER

“The Path to Healthy Sleep”

Cách Liên Lạc Cho Bệnh Nhân

TÔI MUỐN ĐƯỢC LIÊN HỆ THEO CÁCH SAU (Đánh Dấu Những Điều Áp Dụng)

Điện Thoại Nhà: _____

O.K để message với thông tin chi tiết

Để message với số điện thoại gọi lại

Điện Thoại Chỗ Làm: _____

O.K để message với thông tin chi tiết

Để message với số điện thoại gọi lại

Điện Thoại Cầm Tay (Cellphone) _____

O.K để message với thông tin chi tiết

Để message với số điện thoại gọi lại

Văn Bản Giao Tiếp

O.K gửi về địa chỉ nhà

O.K gửi đến địa chỉ nơi cơ sở làm việc

Cách Khác: _____

Bỏ Hẹn(Cancel)/Không Có Mặt: _____ **Tên Viết Tắt (Initials):** _____

Cuộc hẹn được lên lịch có nghĩa là thời gian đã được dành riêng cho bạn. Nếu bị bỏ sót hoặc bị hủy bỏ với không thông báo dưới 48 tiếng đồng hồ (2 ngày làm việc), bạn sẽ bị phạt \$150.

Chúng tôi nhận **Visa** hoặc **Mastercard**.

Số Thẻ _____

Ngày Hết Hạn _____

Chữ Ký _____

Ngày _____

In Tên _____

Ngày Sinh _____



FOUNTAIN VALLEY
REGIONAL SLEEP CENTER
"The Path to Healthy Sleep"

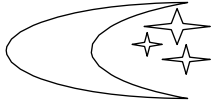
Bản Cho Phép Chuyển Lợi Ích Tới Người Cung Cấp

Tôi xin yêu cầu các thanh toán trợ cấp hợp pháp của Medicare hoặc các nhà cung cấp dịch vụ khác được ủy quyền thay mặt tôi cho *Fountain Valley Regional Sleep Center* và các dịch vụ mà họ đã cung cấp cho tôi. Tôi cho phép một bản sao của thỏa thuận này được sử dụng thay cho bản gốc và ủy quyền cho bất kỳ người nắm giữ thông tin về tôi để phát cho Health Care Financing Administration (HCFA), bất kỳ công ty bảo hiểm nào và/hoặc đại lý khác của họ. Fountain Valley Regional Sleep Center sẽ lập hóa đơn cho người/công ty trả tiền thứ ba lúc cần thiết và hợp pháp. Tôi hiểu rằng tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm cho tất cả các khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và các dịch vụ không chấp thuận hoặc cho phép. Ngoài ra, tôi hiểu rằng nhiều dịch vụ, mặc dù có thể được bảo hiểm trả tiền, nếu không "hợp lý và cần thiết" theo các tiêu chuẩn của Medicare, Medicare sẽ từ chối thanh toán. Chúng tôi tin rằng, trong trường hợp của bạn, Medicare hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác có thể từ chối thanh toán vì các lý do sau:

Chữ Ký Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____
Nếu người kí tên là người khác, xin hãy xác nhận quan hệ với bệnh nhân (chồng, vợ, y tá, v.v.)



Chấp Thuận



**FOUNTAIN VALLEY
REGIONAL SLEEP CENTER**
"The Path to Healthy Sleep"

THÔNG BÁO VỀ THỰC HIỆN LUẬT RIÊNG TƯ (HIPAA)

Đạo luật về Trách Nhiệm Trao Đổi Bảo Hiểm Y Tế 1996 (gọi là HIPAA), là một chương trình liên bang, yêu cầu rằng những tài liệu y tế cá nhân của quý vị phải được giữ kín kể cả việc sử dụng hay phổ biến các bản báo cáo y học của quý vị dưới bất kỳ hình thức nào. HIPAA quy định một số nội dung xử phạt đối với những trường hợp lạm dụng thông tin sức khỏe cá nhân.

HIPAA cho phép chúng tôi có thể sử dụng và phổ biến những báo cáo về y tế của quý vị với những mục đích sau đây

Điều trị - cung cấp, kết hợp, hoặc quản lý y tế và những dịch vụ liên quan bởi một hoặc nhiều cơ quan y tế.

Thanh toán - Các khoản thu được hoàn lại cho các dịch vụ, xác nhận các chứng từ, hóa đơn sử dụng hay các khoản thu chi phí, và cho các việc điều tra tổng quan

Hoạt động của các cơ quan chăm sóc sức khỏe - những khía cạnh về thương mại trong việc thực hiện chăm sóc y tế như: đánh giá chất lượng quản lý, và các hoạt động cải tiến về y tế, kiểm toán sổ sách, phân tích chi phí quản lý và các dịch vụ khách hàng.

Chúng tôi cũng có thể lập và phân phối những thông tin sức khỏe bằng cách loại bỏ mọi sự tham chiếu về lý lịch của bệnh nhân.

Chúng tôi có thể tiếp xúc với quý vị để sắp xếp buổi gặp gỡ hay cung cấp các thông tin về những lợi ích và dịch vụ mà có thể quý vị quan tâm đến. Nếu chúng tôi không gặp được quý vị, chúng tôi có thể để lại tin nhắn trên thiết bị trả lời tự động (như máy trả lời, điện thoại di động, v.v.) hay một người khác trả lời qua điện thoại của quý vị.

Những việc sử dụng hay phổ biến thông tin cá nhân của quý vị chỉ được thực hiện khi có giấy ủy quyền của quý vị, giấy này quý vị có thể thu hồi lại. Chúng tôi sẽ tôn trọng và thực hiện đúng theo yêu cầu của quý vị, ngoại trừ những thông tin đã được nêu ra trong giấy ủy quyền trước đó.

Quý vị có các quyền sau đây trong việc bảo vệ thông tin sức khỏe của mình, mà quý vị có thể đòi hỏi trong khi viết giấy ủy quyền :

1. Được quyền yêu cầu hạn chế sử dụng và phổ biến thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, bao gồm cả việc phổ biến cho các thành viên trong gia đình, những người bà con, bạn bè thân, và một số người khác theo chỉ định của quý vị. Chúng tôi sẽ tôn trọng và thực hiện đúng cho đến khi quý vị hủy yêu cầu đó, bằng văn bản. Trong trường hợp khẩn cấp, chúng tôi có thể không đòi hỏi phải thực hiện hạn chế.
2. Được quyền yêu cầu hợp lý để nhận các thông tin bí mật về sức khỏe của quý vị từ chúng tôi bằng một thẻ thức hoặc địa điểm đặc biệt.
3. Được duyệt xét và sao lại những tài liệu y tế cá nhân của quý vị
4. Được quyền sửa đổi các nội dung của thông tin sức khỏe của quý vị
5. Được quyền nhận bản kê khai về việc phổ biến các thông tin sức khỏe của quý vị

Thông báo này có hiệu lực từ ngày 01 tháng 8 năm 2004. Chúng tôi được quyền thay đổi các điều khoản của việc sử dụng thông tin sức khỏe cá nhân và làm cho các điều khoản mới này có hiệu lực đối với tất cả các hồ sơ cá nhân mà chúng tôi đang quản lý. Chúng tôi sẽ gửi và quý vị có thể yêu cầu một bản sao của thông báo đã được chỉnh sửa này từ văn phòng của chúng tôi.

Nếu quý vị nhận thấy rằng việc bảo vệ thông tin cá nhân mình bị xâm phạm, quý vị có quyền gửi hồ sơ khiếu nại đến văn phòng của chúng tôi hay đến cơ quan được nêu dưới đây. Chúng tôi sẽ không có bất kỳ sự chống đối nào đối với hồ sơ khiếu nại của quý vị.

Để có thêm thông tin: The U.S. Department of Health & human Services (202) 619-0257
Office of Civil Rights (877) 696-6775 Toll Free
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____



GIAO KẾT ĐỒNG Ý NGHIÊN CỨU NGỦ

Nghiên cứu giấc ngủ hoặc Polysomnogram (PSG) là một thử nghiệm qua đêm để theo dõi một số chức năng sinh lý. Chúng bao gồm hoạt động của não, chuyển động của mắt, cơ bắp, nhịp tim, luồng không khí từ mũi và miệng, nỗ lực thở, mức độ oxy trong máu và chuyển động của chân. Mỗi chức năng được theo dõi bằng một số điện cực vàng nhỏ gắn lên bề mặt da đầu hoặc da. Điện cực sẽ không chọc thủng da.

Sáu (6) điện cực gắn liền với da đầu theo dõi hoạt động não bộ. Các điện cực được gắn bằng kem dán y tế, dễ dàng tháo ra vào buổi sáng. Hoạt động não của bệnh nhân được theo dõi để xác định xem liệu trong quá trình nghiên cứu giấc ngủ, bệnh nhân đang ngủ hoặc thức và xác định những giai đoạn ngủ của bệnh nhân trong đêm.

Chuyển động mắt của bệnh nhân được đo bằng các điện cực gắn gần mép ngoài của mỗi mắt. Chuyển động mắt được đo để xác định xem bệnh nhân đang ở giai đoạn ngủ nào, lúc giấc mơ sinh động xảy ra (chuyển động mắt nhanh hoặc gọi là REM). Tháo các điện cực có thể hơi khó chịu vào buổi sáng. Giai điệu cơ được đo bằng hai (2) điện cực — cả hai đều được đặt trên cằm của bệnh nhân. Giai điệu cơ bắp cũng được đo để giúp xác định xem bệnh nhân có chuyển động mắt nhanh hay không. Nhịp tim được đo bằng hai (2) điện cực để trên ngực.

Luồng không khí từ mũi và miệng được đo bằng một thiết bị nhỏ gọi là điện trở nhiệt, dán bên dưới mũi. Luồng khí được đo để xác định xem bệnh nhân có bị hội chứng ngưng thở khi ngủ hay hypopnea không. Đây là một rối loạn với những triệu chứng như gián đoạn hoặc tắc nghẽn luồng không khí (ngưng thở) hoặc sự giảm độ không khí (hypopnea) trong đường hô hấp lúc ngủ. Nỗ lực thở được đo bằng (2) hai dây nịt - một dây quanh ngực và một dây ở bụng. Những điện cực này được đặt trên mặt bộ đồ ngủ và giúp xác định nhiều loại vấn đề hô hấp.

Mức oxy trong máu được đo bằng một thiết bị nhỏ đeo trên ngón tay. Thiết bị này chiếu một tia sáng nhỏ màu đỏ vào ngón tay và hoàn toàn không đau. Chuyển động chân được đo bằng hai (2) điện cực trên mỗi chân. Chuyển động chân được đo để xác định xem bệnh nhân có một rối loạn với chiều trướng chân co giật liên tục trong đêm (rối loạn chuyển động chi thường xuyên).

Mỗi phòng ngủ của bệnh nhân đều có TV và giường thoải mái. Tập tin đính kèm điện cực mất khoảng một giờ. Thông thường văn phòng sẽ có ba (3) bệnh nhân làm nghiên cứu giấc ngủ mỗi đêm (mỗi bệnh nhân có một phòng riêng). Bệnh nhân sẽ được yêu cầu tắt đèn chuẩn bị đi ngủ khoảng 10:00 hoặc 11:00 tối (PM). Bệnh nhân sẽ được đánh thức vào khoảng 5:00 giờ sáng (AM). Sau khi các điện cực được gắn vào, các dây điện cực được bọc vào một bó để tránh rối. Tất cả các dây được cắm vào một hộp nhỏ, kết nối với thiết bị ghi âm trong phòng điều khiển ở ngoài. Nếu bệnh nhân cần dùng nhà vệ sinh vào ban đêm, hộp có thể được rút phích cắm và mang vào nhà vệ sinh. Vào buổi sáng, ngắt kết nối tất cả các điện cực sẽ mất khoảng năm (5) phút.

Áp lực đường hô hấp dương liên tục (hoặc CPAP) cũng có thể được sử dụng trong nghiên cứu giấc ngủ của bệnh nhân. Máy CPAP là một thiết bị cung cấp không khí trong phòng thông qua một ống và vào một mặt nạ được đeo trên mũi. Mặt nạ mũi được giữ ở vị trí bằng mũ mềm. Không khí được đưa vào, giúp sự ngăn chặn đường hô hấp bị sụp đổ, tác dụng loại bỏ các cơn ngưng thở xảy ra trong hội chứng ngưng thở khi ngủ.

Không có tác dụng phụ nào (hoặc rủi ro vật chất) liên quan đến nghiên cứu về giấc ngủ. Fountain Valley Regional Sleep Center được yêu cầu tiết lộ hoặc báo cáo một số thông tin chẩn đoán y tế cho các sở y tế địa phương hoặc Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Dịch Bệnh (CDC). Thông tin báo cáo có thể bao gồm các trường hợp nhiễm HIV, bệnh lao, viêm màng não do virus và một số bệnh khác. Tôi hiểu rằng, một khi nghiên cứu giấc ngủ được bắt đầu, một bệnh nhân có thể chấm dứt việc nghiên cứu giấc ngủ bất cứ lúc nào.

TÔI ĐỒNG Ý LÀM NGHIÊN CỨU GIẤC NGỦ THEO BÁC SĨ KHUYẾN NGHỊ

Chữ Ký Bệnh Nhân

In Tên Bệnh Nhân



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL SLEEP CENTER, INC.

“The Path to Healthy Sleep”

QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN

Mọi bệnh nhân đều có các quyền bao gồm dưới đây, nhưng không hạn chế như sau :

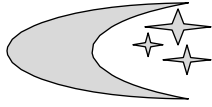
- Được thông báo chi tiết về các dịch vụ y tế và các chi phí liên quan
- Được sử dụng các dịch vụ y tế, không được phân biệt về chủng tộc, tôn giáo, giới tính hay các nguồn thanh toán.
- Được yêu cầu và nhận được sự giải thích rõ ràng đầy đủ về các nhà cung cấp dịch vụ và về nơi điều trị.
- Được quyền tham khảo ý kiến trực tiếp với bác sĩ chữa trị, các thông tin liên quan đến sự chẩn đoán, điều trị và các dự đoán của căn bệnh.
- Cho phép được tham gia vào “kế hoạch điều trị”, kể cả quyết định từ chối hay tham gia vào việc điều trị có liên quan đến sự chẩn đoán, điều trị và các dự đoán về tình trạng của quý vị.
- Được truyền đạt bằng ngôn ngữ mà họ có thể chấp nhận, và mong muốn để biết.
- Được thông tin về phương thức điều trị sẽ được thực hiện cũng như ai sẽ là người nào thực hiện việc điều trị này.
- Có quyền từ chối việc điều trị (được luật pháp cho phép) và được giải thích về hậu quả của sự từ chối này.
- Được yêu cầu xem các chính sách và phương thức điều trị của Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc.
- Có quyền tìm người tư vấn và chuyển qua dịch vụ y tế khác khi thấy cần.
- Nhận được sự chăm sóc chữa trị đúng lúc và thích hợp với yêu cầu của quý vị.
- Được quyền điều trị với sự quan tâm, tôn trọng, và đầy đủ trách nhiệm phù hợp với tính cách cá nhân và bệnh trạng riêng của họ. Đảm bảo bảo mật về việc điều trị và hồ sơ bệnh án, và được quyền đồng ý hay từ chối việc phổ biến hồ sơ cho các cơ quan bên ngoài.
- Có được các nhân sự am hiểu và đủ tiêu chuẩn để chịu trách nhiệm trong việc thực hiện việc điều trị.
- Được cung cấp các thông tin về cơ quan y tế của Bang để liên lạc khi có những vấn đề trong việc điều trị.
- Được quyền nói lên sự bất bình và đề nghị thay đổi về chính sách và cách điều trị. Bệnh nhân sẽ được Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc thông báo về các cách thức và sự giải quyết về các than phiền của họ.
- Được phép để cho gia đình hay người giám hộ thực hiện quyền của bệnh nhân khi bệnh nhân đó không thể thực hiện được

TRÁCH NHIỆM CỦA BỆNH NHÂN

Mọi bệnh nhân sẽ có những trách nhiệm bao gồm dưới đây, nhưng không hạn chế như sau :

- Bệnh nhân, với kiến thức tốt nhất của họ, phải cung cấp các thông tin chính xác và đầy đủ về thuốc chữa bệnh và các dự kiện liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của họ.
- Báo cáo những thay đổi bất thường về bệnh của họ cho người chịu trách nhiệm quản lý điều trị họ.
- Cho biết một cách rõ ràng về diễn biến bệnh tật và những những mong đợi của bệnh nhân trong việc điều trị của họ.
- Thông báo cho Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc biết về các cách điều trị trước đây mà họ có thể có.
- Theo đúng các kế hoạch điều trị của thầy thuốc yêu cầu và những chuyên viên y tế khác, kể cả những hộ lý, những dược sĩ, và những thầy thuốc dinh dưỡng.
- Thực hiện đúng lịch hẹn khám chữa bệnh, và khi không thể đến khám với bất kỳ lý do gì, phải thông báo cho Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc. không trễ hơn 48 giờ trước cuộc hẹn để đăng ký cuộc hẹn mới.
- Chịu mọi trách nhiệm nếu như họ từ chối sự điều trị hoặc không thực hiện theo những chỉ dẫn của bác sĩ điều trị của họ và các chuyên viên y tế của Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc..
- Đảm bảo thực hiện trách nhiệm tài chính cho việc chữa trị của họ đầy đủ và nhanh chóng.
- Quan tâm đến quyền của các nhân sự và những người đại diện của Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc.
- Giữ gìn tài sản và tôn trọng các nhân sự tại Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc.

Chữ Ký: _____ Ngày: _____



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL SLEEP CENTER, INC.

“The Path to Healthy Sleep”

BẢN ĐIỀU TRA TRƯỚC KHI NGỦ

Xin vui lòng hoàn thành “Bản điều tra trước khi ngủ “ này **và fax** và/ hoặc **mang theo** khi quý vị đến điều trị. Bản điều tra này giúp chúng tôi hiểu rõ hơn các vấn đề liên quan đến giấc ngủ của quý vị, và giúp chúng tôi trong việc điều trị giấc ngủ của quý vị. Cảm ơn về sự hợp tác của quý vị.

Tên: _____ Chiều cao: _____ Cân nặng: _____ Ngày sinh: _____ Tuổi: _____

Thông thường quý vị đi ngủ lúc mấy giờ? _____

Quý vị thức dậy buổi sáng lúc mấy giờ? _____

Quý vị có thức giấc vào nửa đêm không? _____

Nếu có, bao nhiêu lần? _____

Mất bao lâu để quý vị đi vào giấc ngủ? _____

Quý vị ngủ được bao nhiêu giờ vào ban đêm? _____

Quý vị có cảm thấy thư thái vào buổi sáng không? _____

Quý vị có cảm thấy mệt mỏi suốt cả ngày không? _____

Quý vị có ngủ trưa trong ngày không? _____

Quý vị có hút thuốc không? _____ Nếu có, bao nhiêu gói mỗi ngày? _____ và hút trong bao nhiêu năm? _____

Quý vị có dùng nước uống có caféin không? _____ Nếu có, bao nhiêu tách mỗi ngày? _____

Trong cả ngày, quý vị có dùng nước uống có chất cồn không? _____ Nếu có, bao nhiêu ly? _____

Có bao giờ quý vị làm việc theo ca không? _____
Nếu có quý vị có thấy khó khăn khi chuyển từ việc ngủ ban ngày sang ngủ ban đêm không? _____

Bao nhiêu ngày trong tuần quý vị ngủ xa nhà? _____
Quý vị có dùng thuốc ngủ không? _____ Nếu có, trong bao nhiêu năm? _____

Ban đêm quý vị có dùng máy oxy để thở không? Nếu có, bao nhiêu lít/phút? _____ và bao nhiêu giờ/ngày _____

Quý vị ngủ một mình hay ngủ với ai? _____

Quý vị có ngủ trong khi xem ti-vi? _____

Quý vị thường ngủ ở vị trí nào? _____

Quý vị có dùng loại dược phẩm nào không? _____ Nếu có, vui lòng liệt kê chúng vào mặt sau của tờ giấy này
Quý vị có dùng bất kỳ loại dược phẩm nào để ngủ không? _____ Nếu có, vui lòng liệt kê chúng vào mặt sau của tờ giấy này

Trong lúc ngủ, quý vị có bất kỳ triệu chứng nào sau đây không:

Ngáy _____ (Lớn/ Vừa/ Nhỏ)

Thức dậy để thở hổn hển(thiếu không khí) _____

Nghiến răng _____

Nói mớ _____

Mộng du _____

Bàn chân và cẳng chân co giật _____

Khó ngủ hay khó ngủ say _____

Quý vị biết được các hành vi trên được bao lâu rồi? _____

Những than phiền nào là chính đối với giấc ngủ của quý vị:

Khó _____ ngủ

Ngủ say _____

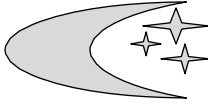
Ngáy _____

Cảm thấy buồn ngủ hay mệt mỏi suốt ngày _____

Có những hành vi ngoài ý muốn _____ (giải thích ở mặt sau)

Khác _____ (giải thích ở mặt sau)

Quý vị có các vấn đề nào đặc biệt mà chúng tôi cần biết đến không? Hay có tình huống nào gây hoang mang gâ ra vì quý vị cảm thấy mệt mỏi? (Ví dụ như cảm thấy buồn ngủ khi lái xe)
Nếu có vui lòng nêu ra ở phía dưới bản này.



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL
SLEEP CENTER, INC.

“The Path to Healthy Sleep”

SỰ ĐỊNH GIÁ GIẤC NGỦ VÀ THANG EPWORTH

(Bản điều tra dùng để xác định sự rối loạn giấc ngủ của các ứng viên)

Tên bệnh nhân: _____

Ngày Sinh: _____

Chiều cao: _____ Cân nặng: _____ Tuổi: _____

Điện Thoại: _____

Vui lòng nêu ra mọi vấn đề về sức khỏe của quý vị trong vòng 5 năm qua (Tăng huyết áp, Tiểu đường, các cuộc giải phẫu, v.v...)

Quý vị có khi nào trải qua chứng nhồi máu cơ tim hay đột quỵ chưa ? _____ Khi nào? _____

1. Quý vị có ngáy vào ban đêm không ?	Có	Không	Thỉnh thoảng
2. Đã chứng kiến sự ngừng thở trong khi ngủ ?	Có	Không	Thỉnh thoảng
3. Quý vị có bị chứng khó ngủ không ?	Có	Không	Thỉnh thoảng
4. Quý vị có gặp khó khăn để duy trì giấc ngủ không?	Có	Không	Thỉnh thoảng
5. Trải qua cảm giác bồn chồn trong giai đoạn nằm thao thức	Có	Không	Thỉnh thoảng
6. Động tác đá và co giật trong khi ngủ	Có	Không	Thỉnh thoảng
7. Trải qua sự mệt mỏi suốt ngày	Có	Không	Thỉnh thoảng
8. Có bao giờ thức dậy cảm thấy bị tê liệt	Có	Không	Thỉnh thoảng
9. Chân tay bị mất sức lực một cách bất ngờ	Có	Không	Thỉnh thoảng
10. Nếu các câu trả lời trên đúng, thì những sự kiện này mang lại một sự sợ hãi hay một tiếng cười	Có	Không	Thỉnh thoảng

Quý vị thường thấy điều gì sau đây khi thức dậy (vui lòng khoanh tròn tất cả điều phù hợp)

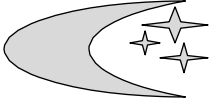
Khô Miệng Ngghệt mũi / Nhức đầu Ớ nóng Đau ngực
Toát Mồ Hôi Ngghệt Thở / Hồn Hển Chóng mặt / Không khỏe

Theo quy mô lựa chọn sau đây , quý vị chọn số thích hợp để đại diện cho việc bạn sẽ đi vào giấc ngủ trong ngày trong những hoàn cảnh như thế nào. Cố gắng càng trung thực càng tốt. Nếu được, quý vị có thể nhờ người khác giúp đỡ để hoàn thành phần này.

Dựa theo những sự chọn lựa được đánh giá sau đây, giá trị của số thích hợp sẽ mô tả quý vị như thế nào,

0 - không bao giờ	1 - sơ sơ	2 - vừa phải	3 - luôn luôn
Ngồi và đọc			0 1 2 3
Xem Ti-vi			0 1 2 3
Ngồi, không hoạt động tại nơi công cộng (rạp chiếu phim, rạp hát, hội nghị)			0 1 2 3
Ngồi và nói chuyện với người khác			0 1 2 3
Ngồi yên lặng sau khi ăn trưa mà không có rượu			0 1 2 3
Làm một hành khách trong xe hơi liên tiếp 1 tiếng mà không được nghỉ ngơi			0 1 2 3
Lái xe trong hai hay nhiều giờ			0 1 2 3
Nằm xuống nghỉ trưa khi điều kiện cho phép			0 1 2 3

Tổng cộng : _____



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL
SLEEP CENTER, INC.
“The Path to Healthy Sleep”

Bản Đánh Giá Phục Vụ Người Bệnh

Ngày: _____

Chuyên viên: _____

Xin vui lòng dành một chút thời gian để điền vào bản báo cáo dưới đây nhằm cho chúng tôi biết làm cách nào để cải tiến phương pháp phục vụ cho những khách hàng trong tương lai.

Nhân viên văn phòng:

Kém (1) đến Xuất sắc (5)

- | | | | | | |
|--|----|---|-------|---|---|
| 1. Cuộc điện thoại của quý vị có được giải đáp một cách lịch sự, nhã nhặn? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Quý vị có nhận được một cuộc gọi để nhắc giờ ngày hẹn không? | Có | | Không | | |
| 3. Quý vị có nhận được bản câu hỏi trong đường thư? | Có | | Không | | |

Chuyên viên kỹ thuật:

- | | | | | | |
|--|----|---|-------|---|---|
| 1. Chuyên viên giải thích cách thử nghiệm một cách tận tình? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Chuyên viên lịch sự đến đâu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Chuyên viên tỏ ra chuyên nghiệp đến đâu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Chuyên viên có giải thích và thao diễn máy Nasal CPAP? | Có | | Không | | |
| 5. Chuyên viên có đến đúng giờ không? | Có | | Không | | |

Nơi Thực Hành (Phòng Lab)

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Văn phòng được tiện nghi và sạch sẽ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Giường được tiện nghi và thoải mái? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Nơi thực hành được yên tĩnh? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Chân thành cảm ơn quý vị đã lựa chọn trung tâm của chúng tôi. Chúng tôi cống hiến đến việc chăm sóc bệnh nhân một cách xuất sắc. Ý kiến của quý vị cho phép chúng tôi bảo đảm rằng mọi bệnh nhân của trung tâm này được quan tâm với tiêu chuẩn chất lượng.

Xin nêu ra bất cứ ý kiến khác nào dưới đây:
