

# Hemodialysis Patient Screening Questionnaire for Influenza-like Illness/COVID-19 (Vietnamese)

► Please complete for every patient at every HD visit prior to the patient's entry into the HD unit.

Date: \_\_\_\_\_

## PATIENT INFORMATION LABEL

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Date of Birth (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

PHN: \_\_\_\_\_

On arrival, ask the patient each of the following 5 questions:

Bệnh nhân có: Does the patient:	Có Yes	Không No	Staff Initial
1. Thân nhiệt $\geq 37.5$ hoặc tự thông báo là bị sốt hay không? Have a temperature $\geq 37.5$ or self-reported fever?			
2. Bị đau cổ họng hay không? Have a sore throat?			
3. Mới bị ho hoặc ho nặng hơn (so với mức ban đầu của họ) hay không? Have a new or worsening cough (compared to their baseline)?			
4. Bị khó thở/hụt hơi (so với mức ban đầu của họ) hay không? Have difficulty breathing/shortness of breath (compared to their baseline)?			
5. Cho biết đã tiếp xúc gần gũi với một người đã được biết hoặc nghi là bị nhiễm COVID-19 trong vòng 14 ngày qua hay không? Report close contact with a known or suspected COVID-19 positive person within the past 14 days?			

Trong tiến trình dò tìm, bệnh nhân có đề cập đến bất cứ triệu chứng nào khác hay không (đánh dấu vào tất cả những ô thích ứng): During the screening process, did the patient mention any other symptoms (check all that apply):

Đau bắp thịt Myalgia	<input type="checkbox"/>	Đau bụng dưới Abdominal pain	<input type="checkbox"/>
Khó chịu trong người Malaise	<input type="checkbox"/>	Tiêu chảy Diarrhea	<input type="checkbox"/>
Nhức đầu Headache	<input type="checkbox"/>	Buồn nôn/ói mửa Nausea/vomiting	<input type="checkbox"/>
Nhảy mũi Sneezing	<input type="checkbox"/>	Mất vị giác hoặc khứu giác Loss of taste or smell	<input type="checkbox"/>
Xổ mũi/ngẹt mũi Runny nose/nasal congestion	<input type="checkbox"/>	Biếng ăn Loss of appetite	<input type="checkbox"/>
Ớn lạnh Chills	<input type="checkbox"/>	Triệu chứng mới khác (Xin ghi rõ) _____ Other new symptom (Please specify)	

► If the answer to at least 1 question above is “yes”, please place the form in the designated box.