

PATIENT IDENTIFICATION LABEL	Staff to tick & initial to indicate Clinical Handover at Point of Care	From: Reception	To: Admission Nurse
	Patient ID & Procedure Match		
	Alerts		
	Medicare status		
	Special requirements-including language		
	<i>Initial to indicate Clinical Handover at this Point of Care</i>		

PATIENT ADMISSION DETAILS

Admitting Doctor/Surgeon (Tên Bác sĩ):			
General Practitioner (Name and Address) (Bác sĩ gia đình/Tên và địa chỉ):			
Date of Admission (Ngày nội soi):			
Operation/Procedure (Loại nội soi):			
Have you been hospitalized anywhere in the last seven days? (Bệnh nhân có từng nhập viện trong bảy ngày qua?) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, where? (Nếu có, bệnh viện nào?)			
PATIENT DETAILS (Chi tiết của bệnh nhân) — Please print as your name appears on Medicare Card			
Title: Mr/Mrs/Ms/Miss Surname (Họ): Previous Surname (Họ cũ):			
Given Name (Tên):			
Address (Địa chỉ): Postcode:			
Phone (H) (Số điện thoại nhà): (M) (Số điện thoại di động): (B) (Số điện thoại làm):			
Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> (Nam) (Nữ)	Date of Birth (Ngày Sinh):	Marital Status (Tình trạng gia đình):	
Country of Birth (if Australia, which state) (Nơi sanh, tiểu bang nào ở Úc)?	Are you an Australian Resident? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Bệnh nhân đã nhập quốc tịch Úc chưa?) Are you of Aboriginal/Torres Strait Island Descent? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Bệnh nhân có gốc thổ dân không?)		
Medicare number: (Số thẻ Medicare):	Reference No:	Expiry Date:	Veteran's Affairs No.
Pension No. Health Care Card			Expiry Date:
Private Health Fund (Tên của bảo hiểm y tế):	Membership Number:		
Next of KIN (Person to contact in case of Emergency) (Chi tiết của người thân nếu liên lạc với bệnh nhân không được)			
Name (Tên):	Relationship (Quan hệ):		
Contact Number (Số điện thoại):			
ESCORT CONTACT DETAILS (Who will be taking you home?) (Chi tiết của người đưa bệnh nhân về)			
Name (Tên):	Relationship (Quan hệ):		
Contact Number (Số điện thoại):			
Charter of Rights: I have read and understand my rights as per Rights & Responsibilities Information provided by SEC			
Patient Signature (Chữ ký):			

PRE-ANAESTHETIC ASSESSMENT

Patient to complete. Admission Nurse to review with patient at time of pre-operative assessment, then handover to Doctors prior to consultation.

1. Medical History

Have you ever had any of the following complaints?
If yes to any of the above please give details:

	Yes	No
High Blood Pressure (Huyết áp cao)		
Heart Attack (Đau tim)		
Blood clotting problems (Đông máu)		
Angina (Đau thắt ngực)		
Stroke (Tai biến mạch máu não)		
Rheumatic Fever (Thấp khớp)		
Blood clot in legs or lungs (Đông máu ở chân hoặc phổi)		
Kidney Disease (Bệnh thận)		
Diabetes (Bệnh tiểu đường) Type 1 or Type 2		
Anaemia (Thiếu máu)		
Pneumonia or Tuberculosis (Viêm phổi hoặc bệnh lao)		
Hepatitis or Jaundice (Viêm gan hay vàng da)		
Eczema		
Hay Fever (Sốt cỏ khô)		
Nervous Breakdown (Suy nhược thần kinh)		
Epilepsy or fitting (Động kinh hoặc phù hợp)		
Prosthetic Joints (Khớp giả)		
Heart Valve Replacement (Van tim thay thế)		
Recent Cold (Cảm lạnh gần đây)		
Other serious illness (Bệnh nghiêm trọng khác)		

1. Allergies (Dị ứng)

Do you have any allergies? Yes No
(Có bị dị ứng không?)
If Yes, Nếu có, _____

2. Medications (Thuốc)

Please list your current Medications
(Bệnh nhân có đang dùng bất cứ loại thuốc nào không?)

3. Surgical History (Phẫu thuật)

Have you had any previous operations? Yes No
(Bệnh nhân có bao giờ phẫu thuật không?)
Details: (Xin vui lòng cung cấp chi tiết và năm)

Operation	Year

4. Anaesthetic History (Lịch sử gây mê)

Have you or a family member had an anaesthetic complication?
(Bệnh nhân hoặc thành viên trong gia đình có vấn đề với thuốc gây mê không?) Yes No
Details: (chi tiết:) _____

PATIENT ID LABEL

	Yes	No
Do you smoke? (Bệnh nhân có hút thuốc không?) How Many? (Bao nhiêu mỗi ngày?) Last smoke? (Hút thuốc lần cuối?)		
Do you drink Alcohol? (Bệnh nhân có uống rượu?) How much per day? (Bao nhiêu mỗi ngày?)		
Have you had a recent hospital stay? (Đã có nằm viện gần đây không?)		
Have you been in to hospital overseas in the last 12 months? (Đã từng đến bệnh viện ở nước ngoài trong 12 tháng qua chưa?)		
Have you had any falls in the past 3 months? (Đã có bất kỳ ngã trong 3 tháng qua?)		
Have you had any significant weight loss in the last 3 months? (Đã giảm cân đáng kể trong 3 tháng qua?)		
Have you had a temperature in last week? (Có nhiệt độ trong tuần trước?)		
Females, Are you Pregnant? (Phụ nữ, có thai không?) If Yes, EDC (Nếu có, EDC)		
Do you require any assistance with mobility or use any aids such as walking stick, frame? (Có cần bất kỳ sự trợ giúp nào về tính di động hoặc sử dụng bất kỳ hỗ trợ nào như gậy đi bộ, khung không?)		
Do you have any issues with skin integrity such as ulcers, skin tears, lesions or wounds? (Có bất kỳ vấn đề với tính toàn vẹn da như loét, nước mắt da, tổn thương hoặc vết thương?)		
Do you require assistance to communicate? (Có cần hỗ trợ để giao tiếp không?) Hearing or vision deficit, cognitive impairment?		
Do you require an interpreter? (Có cần thông dịch viên không?) If so what language? (Nếu có thì ngôn ngữ nào?)		

OFFICE USE ONLY:

Height: _____ Weight: _____ BMI: _____

Prep instructions followed correctly: Yes No

Do you take blood thinner medication? Yes No

If yes, medication: _____ Last taken: _____

Time of last food: _____ **Time of last drink:** _____

Suitable escort arrangements: _____

Nursing Notes:

Staff to tick & initial to indicate Clinical Handover at Point of Care	From: Nurse	To: Endo	To: Anaes
Patient ID & Procedure Match			
Alerts/Allergies			
Relevant Medical history			
Fasted and Prep completed correctly			
Special requirements-including language, skin issues, mobility			
Suitable escort arrangements			
Initial to indicate Clinical Handover at this Point of Care			

Nurse Sign: _____

Print: _____