



Những Mục Tiêu Của Tôi khi Xuất Viện









Mục tiêu ngày xuất viện: _____ Bác sĩ mà tôi sẽ tái khám sau khi về nhà: _____

Sức Khỏe Của Tôi Hôm Nay	Những Mục Tiêu Hôm Nay	Danh Sách Phổi Kiểm Khi Xuất Viện
<p> <input type="radio"/> Xanh Lá Cây <input type="radio"/> Vàng <input type="radio"/> Đỏ </p>	<p>Ngày: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tôi có bản hướng dẫn về “Sống với Bệnh Suy Tim”. <input type="checkbox"/> Tôi theo dõi số liệu và sức khỏe của tôi (xanh lá cây-vàng-đỏ) hàng ngày. <input type="checkbox"/> Tôi biết phải gọi cho ai và khi nào. <input type="checkbox"/> Tôi có cân ở nhà. <input type="checkbox"/> Tôi có máy đo áp huyết ở nhà. <input type="checkbox"/> Tôi biết lý do tại sao và cách uống thuốc thế nào. <input type="checkbox"/> Tôi có hộp đựng thuốc dùng hàng ngày. <input type="checkbox"/> Tôi có thể trả tiền thuốc của tôi. <input type="checkbox"/> Tôi có người giúp ở nhà. <input type="checkbox"/> Tôi có thể đến các buổi hẹn khám bệnh của mình. <input type="checkbox"/> Tôi có buổi hẹn sắp tới trong vòng 7 ngày sau khi xuất viện. <input type="checkbox"/> Tôi có thể được giúp hướng dẫn về dinh dưỡng sau khi xuất viện. Tôi có thể yêu cầu bác sĩ của tôi giới thiệu, hoặc tôi có thể gọi điện thoại đến số 206-598-6004.
<p>Cân Nặng</p> <p>Mục tiêu cân nặng: _____ kg/lbs</p> <p>Ngày: _____ _____ kg/lbs</p>		
<p>Thử Nghiệm</p> <p>Creatinine: _____</p> <p>Potassium: _____</p> <p>INR: _____</p>		
<p>Dấu Hiệu Sinh Tồn</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Những Thắc Mắc của tôi cần hỏi Nhóm</p>	
<p>Hạn Chế Chất Lông: _____</p> <p>Hạn Chế Muối: _____ mg</p>		



My Goals for Discharge from the Hospital

Goal discharge date: _____ Doctor I will see when I go home: _____

My Health Today	Today's Goals	Discharge Checklist
<p> <input type="radio"/> Green <input type="radio"/> Yellow <input type="radio"/> Red    </p>	<p>Date: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I have the "Living with Heart Failure" handout. <input type="checkbox"/> I am tracking my numbers and how I feel (green-yellow-red) daily. <input type="checkbox"/> I know when and who to call. <input type="checkbox"/> I have a scale at home. <input type="checkbox"/> I have a blood pressure cuff at home. <input type="checkbox"/> I know why and how to take my medicines. <input type="checkbox"/> I have a mediset. <input type="checkbox"/> I can pay for my medicines. <input type="checkbox"/> I have support at home. <input type="checkbox"/> I can get to my health care appointments. <input type="checkbox"/> I have a follow-up appointment within 7 days of discharge. <input type="checkbox"/> I can have nutrition counseling after discharge. I can ask my doctor for a referral, or I can call 206-598-6004.
<p>Weight</p> <p>Goal weight: _____ kg/lbs</p> <p>Date: _____</p> <p>_____ kg/lbs</p>  <p>Labs</p> <p>Creatinine: _____</p> <p>Potassium: _____</p> <p>INR: _____</p>	<p>My Questions for the Team</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	   
<p>Vital Signs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fluid Restriction: _____</p> <p>Sodium Restriction: _____ mg</p>		