

Nha Học Chánh Philadelphia

Dịch Vụ Y Tế Học Đường

Về Bệnh Vẹo Cột Sống *SCOLIOSIS REFERRAL*

Xin Điền Đơn này Bằng Anh Ngữ
Please fill the form in English

Nha Học Chánh: Philadelphia

Đơn Vị Trung Gian: Philadelphia (26)

Tên Học Sinh / <i>Name of Child</i>	Giới Tính/ <i>Sex</i>	Lớp/ <i>Grade</i>	Ngày / <i>Date</i>
Địa Chỉ / <i>Home Address</i>			
Trường / <i>School</i>		Số Địa Điểm / <i>Location No.</i>	

Kính Thưa Phụ Huynh/ Giám Hộ:

Trong kỳ kiểm tra gần đây nhất cho thấy con quý vị có biểu hiện cột sống bị vẹo hoặc xương sống bị cong. Chúng tôi đề nghị tiếp tục đánh giá thêm để xác định xem cháu có cần chữa trị không. Hậu quả của bệnh vẹo cột sống tùy vào tính nghiêm trọng của nó, bệnh có được phát hiện sớm và được chữa trị liền hay không. Xin quý vị dẫn cháu đến bác sĩ gia đình để cháu được khám nghiệm hoặc liên hệ với vị y tá nhà trường để được giúp đỡ tìm các nguồn chữa trị.

Xin yêu cầu bác sĩ của quý vị điền vào tờ đơn ở trang sau của lá thư này và gửi trả lại cho vị y tá của trường.

Y Tá Trường
School Nurse

*Physical Therapy Consultant
Pennsylvania Department of Health
Or Qualified Screener*

Vị Tư Vấn Về Vật Lý Trị Liệu
Bộ Y Tế Tiểu Bang Pennsylvania
Hoặc Người Có Khả Năng Khám Nghiệm

Điện Thoại
Telephone

Báo Cáo Của Bác Sĩ Chuyên Khoa Cột Sống PHYSICIAN SCOLIOSIS REPORT

Kính Thưa Bác sĩ /Dear Physician:

Bộ Y Tế Tiểu Bang Pennsylvania đưa ra qui định về việc kiểm tra bệnh vẹo cột sống cho mỗi học sinh lớp 6 và 7 hoặc ở lứa tuổi tương đương đối với những trẻ theo chương trình không phân cấp lớp /The Pennsylvania Department of Health has adopted regulations regarding each child in grades 6 and 7 and age appropriate (11 and 12 years of age) children in ungraded classes to be screened for scoliosis.

Bằng các sử dụng cách thức được trình bày dưới đây có thể phát hiện xem học sinh có thể bị chứng vẹo cột sống. Xin ghi chú phát hiện của quý vị theo danh sách dưới đây /By using the method depicted below a possible spinal curvature was noted on this student. Please note your findings on the checklist below.



Quan Sát Trong Quá Trình Khám Nghiệm

1. Xương Sườn/Gù Cơ Quay Vùng Thất Lưng Rib/Hump lumbar Rotation

- Gù bên sườn ngực phải (RT) Thoracic
 Gù bên sườn ngực trái (LT)
 Gù Cơ Quay Vùng Thất Lưng Phải (RL)
 Gù Cơ Quay Vùng Thất Lưng Trái (LL)

2. Các Tình Trạng Chỉnh Hình Khác

- Mức Độ Của Xương Chậu
 Mào Xương Chậu Phải (HR)
 Mào Xương Chậu Trái (HL)
 Tật Gù (K)
 Tật Ưỡng Lưng (L)
 Khác

PHÁT HIỆN CỦA BÁC SĨ /PHYSICIAN'S FINDINGS

<u>Khám Bệnh</u> /EXAMINATION	Đánh Dấu /Please check	Đề Nghị /RECOMMENDATION	Đánh Dấu /Please check
1. Xác định bị vẹo xương /Scoliosis confirmed *Có chụp X-quang (*X-ray taken) Độ Cong (Ghi Rõ)/Degree of curve (specify) _____	<input type="checkbox"/>	1. Sẽ quan sát (O)	<input type="checkbox"/>
2. Có thể bị vẹo xương /Possible Scoliosis Không chụp X-quang /No X-ray taken	<input type="checkbox"/>	2. Đề nghị nẹp xương (B)	<input type="checkbox"/>
3. Không bị vẹo xương /No scoliosis Có chụp X-quang /X-ray taken	<input type="checkbox"/>	3. Đề nghị phẫu thuật (S)	<input type="checkbox"/>
4. Không bị vẹo xương /No scoliosis Không chụp X-quang /No X-ray taken	<input type="checkbox"/>	4. Cho về nhà (D)	<input type="checkbox"/>
5. Xác nhận các tình trạng chỉnh hình khác Other orthopedic conditions confirmed	<input type="checkbox"/>	5. Ý Kiến /Comments: _____ _____	
		Chữ Ký /Signature: _____	
		Bác Sĩ (In Tên): _____ Physician (Print)	

(* Viện Phẫu Thuật Chỉnh Hình đề nghị chụp AP X quang đơn thẳng đứng cho đường ranh)
(*Single erect AP X-ray for baseline recommended by the American Academy of Orthopedic Surgeons)

Muốn đọc những tài liệu và thông tin khác bằng tiếng Việt, xin coi trang web: www.philasd.org/language/vietnamese