

THÔNG BÁO

Về việc mời chào giá: Photo phiếu sàng lọc các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng đang có nhu cầu Photo phiếu sàng lọc các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm. Kính mời Quý công ty quan tâm có đủ năng lực và kinh nghiệm vui lòng chào giá theo các nội dung sau:

| S T T | Tên hàng hoá | Thông số kỹ thuật | Đvt | Số lượng | Đơn giá (đồng) | Thành tiền (đồng) |
|------------------|---|--------------------|-----|-------------|----------------------|-------------------------|
| 1 | Phiếu sàng lọc các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (đính kèm mẫu) | A4(02 mặt, 02 tờ) | Bộ | 52.463 | | |
| Tổng cộng | | | | | | |

Yêu cầu bảng chào giá đầy đủ các nội dung sau:

- Bảng chào giá phải được điền đầy đủ thông tin như mẫu trên.
- Bảng báo giá phải có ngày tháng báo giá.
- Hiệu lực của bảng báo giá bao nhiêu ngày kể từ ngày báo giá.
- Có giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc quyết định thành lập cơ quan.
- Đơn giá hàng hóa bằng tiền đồng Việt Nam, giá đã trừ chiết khấu, đã bao gồm các loại thuế và các chi phí liên quan.
- Thành tiền = Số lượng x Đơn giá
- Bì thư phải được niêm phong, đóng dấu, bên ngoài ghi rõ “Bảng chào giá Photo phiếu sàng lọc các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm”, gửi về Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng, địa chỉ 118 Lê Đình Lý, phường Vĩnh Trung, quận Thanh Khê, thành phố Đà Nẵng. (Liên hệ Văn thư số điện thoại: 0236 3890408)
- Hạn chót nhận báo giá: 10h00 ngày 25 tháng 8 năm 2022

Trân trọng./. *meht*

Nơi nhận:

- Các đơn vị kinh doanh (danh sách đính kèm);
- Bs Trần Nguyễn Thu Thảo;
- Lưu: VT, Tổ HSĐT *Thao*

**KT.GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Phạm Trúc Lâm

**PHIẾU SÀNG LỌC ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ VÀ PHÁT HIỆN SỚM MỘT SỐ
BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM PHỔ BIẾN**

Người khám:.....Đơn vị công tác :.....

Xã/phường:.....Quận/huyện/thành phố:.....Tỉnh/thành phố Đà Nẵng

Ngày thực hiện:.....

THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ và tên đối tượng :.....

Năm sinh dương lịch (Tuổi):.....Giới: Nam/Nữ

Địa chỉ:.....

Số ĐT liên hệ:.....

A. Tiền sử cá nhân

| Mã số | Ông/bà, anh/chị đã từng được cán bộ y tế chẩn đoán, điều trị các bệnh nào dưới đây? | Trả lời | |
|-------|---|--|--|
| | | Có | Không/ Không rõ |
| a1 | Tăng huyết áp Đã được chẩn đoán Đang được điều trị | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| a2 | Đái tháo đường bao gồm cả đái tháo đường thai kỳ, tiền đái tháo đường Đã được chẩn đoán Đang được điều trị | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| a3 | Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Đã được chẩn đoán Đang được điều trị | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| a4 | Bệnh hen phế quản: Đã được chẩn đoán Đang được điều trị | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| a5 | Trầm cảm: Đã được chẩn đoán Đang được điều trị | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| a6 | Rối loạn lo âu: Đã được chẩn đoán Đang được điều trị | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| a7 | Bệnh ung thư: Đã được chẩn đoán (Ghi rõ tên bệnh:.....) Đang được điều trị (Ghi rõ tên bệnh:.....) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |



B. Tiền sử gia đình :

| Mã số | Trong gia đình có bất kỳ ai trong số ông/bà/bố/mẹ/anh/chị em ruột mắc các bệnh dưới đây không? | Trả lời | |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Có | Không/ không rõ |
| b1 | Tăng huyết áp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b2 | Đái tháo đường | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b3 | Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b4 | Bệnh hen phế quản/các bệnh dị ứng | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b5 | Trầm cảm, lo âu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b6 | Bệnh ung thư | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Yếu tố nguy cơ phổ biến bệnh không lây nhiễm

| Mã số | Ông/bà/anh/chị có các yếu tố nguy cơ dưới đây không? | Trả lời | |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Có | Không |
| c1 | Có hút thuốc lá hoặc thuốc lào | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c2 | Uống nhiều rượu bia (mỗi ngày uống...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c3 | Ăn ≥ 5 gam muối (tương đương 01 thìa cà phê)/người/ngày | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c4 | Ăn ít rau, trái cây: <400 gam/ngày (tương đương 2 bát rau/trái cây) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c5 | Vận động thể lực < 30 phút/ngày, dưới 05 ngày/tuần (bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c6 | Hay bị stress và căng thẳng tâm lý, gặp khó khăn trong cuộc sống, áp lực về tài chính, công việc.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. Đo chỉ số nhân trắc

| Mã số | Kết quả |
|-------|---|
| d1 | Cân nặng: Kg; Chiều cao:cm; BMI..... (kg/m ²) |
| d2 | Vòng eo: (cm) |

E. Nguy cơ cao mắc bệnh không lây nhiễm

| Mã số | Ông/bà/anh/chị có các yếu tố nguy cơ dưới đây không? | Trả lời | |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Có | Không |
| e1 | Thừa cân béo phì (BMI ≥ 25) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e2 | Béo bụng (Nam ≥ 90 cm, Nữ ≥ 80 cm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e3 | Tổng điểm đánh giá nguy cơ đái tháo đường theo Phụ lục 1 ≥ 6 điểm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ghi chú*: Uống nhiều rượu bia được hiểu là uống trên hai đơn vị cồn/ngày đối với nam và trên 1 đơn vị cồn/ngày đối với nữ. Một đơn vị cồn tương đương 1/2 chai bia 500ml hoặc 3/4 lon bia 330 ml (loại 5%); 1 ly rượu vang 100ml (13,5 %); 1 cốc bia hơi 330 ml hoặc 1 chén rượu mạnh 30 ml (40%).

F. Dấu hiệu nghi ngờ mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến

| Mã số | Nội dung | Trả lời | |
|-------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| f1 | Dấu hiệu nghi ngờ mắc Tăng huyết áp (Huyết áp $\geq 140/90$ mmHg) Số đo huyết áp:...../.....mmHg | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| f2 | Dấu hiệu nghi ngờ Đái tháo đường Tiểu nhiều, khát nước nhiều, ăn nhiều, sút cân hoặc Kết quả tự đo đường huyết lúc đói ≥ 7 mmol/L | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| f3 | Dấu hiệu nghi ngờ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Ho, khạc đờm mạn tính (thường ho khạc đờm vào sáng sớm, đờm nhầy, trắng), khó thở tăng dần | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| f4 | Dấu hiệu nghi ngờ Hen phế quản Ho, nặng ngực, khô khè (thở rít, cò cừ), khó thở (thở ngắn, khó thở ra). Các triệu chứng tái đi tái lại nhiều lần (thay đổi theo thời gian và về cường độ), nặng về đêm và sáng hoặc khi thay đổi thời tiết, khi gắng sức hoặc khi tiếp xúc khói, bụi nhà, phấn hoa, nấm mốc, lông chó mèo, hóa chất, một số loại thuốc | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| f5 | Dấu hiệu nghi ngờ Rối loạn trầm cảm <i>Có ít nhất một trong ba dấu hiệu sau</i> Khí sắc giảm, buồn rầu, chán nản Mất hoặc giảm rõ rệt những sở thích của mình trước đây Mệt mỏi nhiều, giảm hoạt động, không muốn làm việc | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| f6 | Dấu hiệu nghi ngờ Rối loạn lo âu <i>Có ít nhất một trong hai dấu hiệu sau</i> Thường cảm thấy căng thẳng hoặc lo âu không rõ lý do Lo lắng quá nhiều về mọi thứ | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| f7 | Dấu hiệu nghi ngờ một số bệnh ung thư thường gặp <i>Có ít nhất một trong các dấu hiệu sau</i> Vết loét trên cơ thể lâu liền Ho dai dẳng, tức ngực, điều trị không đỡ Chậm tiêu, khó nuốt Thay đổi thói quen bài tiết phân, nước tiểu Có khối u ở vú hay ở trên cơ thể Hạch bạch huyết to không bình thường Chảy máu, dịch ra bất thường ở âm đạo Ù tai, nhìn đôi Gầy sút, thiếu máu không rõ nguyên nhân | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |



G. Nhận xét sơ bộ

1. Tiền sử mắc bệnh hoặc có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh

| TT | Tên bệnh | Đã được chẩn đoán | Có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh: |
|----|-------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1. | Tăng huyết áp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Đái tháo đường | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Phổi tắc nghẽn mạn tính | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Hen phế quản | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Trầm cảm, lo âu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Ung thư | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Có nguy cơ cao mắc bệnh không lây nhiễm

- Thừa cân béo phì: Có Không
- Béo bụng: Có Không
- Nguy cơ cao mắc đái tháo đường: Có Không

3. Tư vấn hướng dẫn

- Hướng dẫn tuân thủ điều trị và tái khám đối với những người đã được chẩn đoán mắc bệnh.
- Hướng dẫn đến cơ sở y tế khám phát hiện bệnh đối với người có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh hoặc có nguy cơ cao.
- Tư vấn thay đổi hành vi lối sống tùy theo nguy cơ mắc bệnh (Mục C).

NGƯỜI KHÁM
(Ký, ghi rõ họ tên)



DANH SÁCH CÁC ĐƠN VỊ GỬI THÔNG BÁO

(Kèm thông báo số ~~1254~~ /TB-TTKSBT ngày 22 tháng 8 năm 2022 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng)

| STT | Tên đơn vị | Địa chỉ |
|-----|--|--|
| 01 | Công ty TNHH thương mại và dịch vụ Ngọc An | 131 Lê Lợi, quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng |
| 02 | Công ty TNHH In Kiến.vn | 08 Ngô Gia Tự, P.Thạch Thang, Đà Nẵng |
| 03 | Công ty TNHH MTV TM&DV Vạn Bảo Tín | Số 07 đường An Hải 20, phường Mân Thái, quận Sơn Trà, TP Đà Nẵng |
| | Tổng cộng | 03 đơn vị |

mul

namtt-22/08/2022 16:30:02-namtt