

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại:
5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: :...../...../20.....	8. Ra viện: :..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: :...../...../20..... :...../...../20..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị:	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong ☐ Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Thực phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh tiêu hóa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh nội tiết: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thần kinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thận-tiết niệu: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh cơ-xương-khớp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ung thư: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Yếu tố nguy cơ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc lào: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: ☐ Không ☐ Có: ☐ Thường xuyên ☐ Thỉnh thoảng ☐ Rất ít

Chất gây nghiện: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)

Tên bệnh:

3. Yếu tố dịch tễ: ☐ Không ☐ Có:

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh: Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống:

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương)

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tình, tiếp xúc tốt: ☐ Không ☐ Có
Ngủ gà: ☐ Không ☐ Có
Lơ mơ: ☐ Không ☐ Có
Hôn mê: ☐ Không ☐ Có: Glasgowđiểm
Da, niêm mạc: ☐ Hồng ☐ Vàng ☐ Xanh xao
Khác.....
Kết mạc mắt: ☐ Bình thường ☐ Đỏ ☐ Vàng
Khác.....
Lưỡi: ☐ Bình thường
☐ Bẩn ☐ Gai lưỡi mòn/mắt
Khác.....
Lông, tóc, móng: ☐ Bình thường
☐ Rụng tóc ☐ Móng giòn dễ gãy
Khác.....
Tuyến giáp: ☐ Bình thường ☐ To ☐ Tiếng thổi
Hạch sờ được: ☐ Không ☐ Có:
Vị trí: ☐ Cổ ☐ Nách ☐ Bẹn
Khác.....
Số lượng: ☐ Một ☐ Nhiều hạch
Đường kính (hạch lớn nhất): mm
Di động: ☐ Không ☐ Có
Đau: ☐ Không ☐ Có

Mạch.....lần/ph Cân nặng.....kg
Nhiệt độ.....^oC Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg SpO₂.....%
Nhịp thở.....lần/ph BMI.....

Xuất huyết ☐ Không ☐ Có:
dưới da: ☐ Chấm, nốt xuất huyết
☐ Mảng bầm da ☐ Tụ máu
Khác.....
Xuất huyết ☐ Không ☐ Có:
niêm mạc: ☐ Mắt ☐ Mũi
☐ Miệng ☐ Tiểu máu
☐ Rối loạn kinh nguyệt
Khác.....
Phù: ☐ Không ☐ Có:
Vị trí phù: ☐ Chi dưới ☐ Chi trên
☐ Mặt ☐ Áo khoác
☐ Toàn thân
Khác.....
Tính chất: ☐ Mềm ☐ Cứng

Khác.....

2. Các cơ quan

2.1. Tuần hoàn: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau ngực: ☐ Không ☐ Có: ☐ Điển hình ☐ Không điển hình
Hồi hộp đánh trống ngực: ☐ Không ☐ Có Nhịp nhanh: ☐ Không ☐ Có
Nhịp chậm: ☐ Không ☐ Có: Loạn nhịp: ☐ Không ☐ Có
Mỏm tim đập lệch ☐ Không ☐ Có: Diện đập của tim rộng hơn: ☐ Không ☐ Có
Tiếng tim mờ: ☐ Không ☐ Có: ☐ T1 đánh ở mỏm ☐ T2 mạnh tách đôi
Thổi tâm thu: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....; ☐ Rung miu)
Thổi tâm trương: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....; ☐ Rung miu)
Rung tâm trương: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....)
Thổi liên tục: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....)
Tiếng thổi động mạch: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....)

Khác.....

2.2. Hô hấp: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Khó thở: ☐ Không ☐ Có
Biến dạng lồng ngực: ☐ Không ☐ Có
Gõ: ☐ Bình thường ☐ Đục ☐ Vang: vị trí.....
Rì rào phế nang: ☐ Bình thường ☐ Giảm: vị trí.....

Rung thanh: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm: vị trí.....

Rale: ☐ Không ☐ Có: ☐ Rale ẩm ☐ Rale nổ ☐ Rale rít ☐ Rale ngáy

Khác.....

2.3. Tiêu hóa: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau bụng: ☐ Không ☐ Có: vị trí.....

Buồn nôn: ☐ Không ☐ Có

Nôn: ☐ Không ☐ Có: ☐ Máu tươi ☐ Máu thâm

Đại tiện phân có máu: ☐ Không ☐ Có: ☐ Máu tươi ☐ Máu thâm ☐ Phân đen

Tiêu chảy: ☐ Không ☐ Có: số lần:.....

Chướng bụng ☐ Không ☐ Có

Phản ứng thành bụng: ☐ Không ☐ Có

Lách: ☐ Bình thường ☐ Độ..... (1,2,3,4)

Gan: ☐ Bình thường ☐ To (.....cm dưới bờ sườn) ☐ Cổ trướng

☐ Tuần hoàn bàng hệ

Khác.....

2.4. Thận – tiết niệu: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Màu sắc nước tiểu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Màu sắc: Thể tích:.....ml/24h

Tiểu buốt: ☐ Không ☐ Có

Tiểu rắt: ☐ Không ☐ Có

Cầu bàng quang: ☐ Không ☐ Có

Đau điểm niệu quản: ☐ Không ☐ Có, vị trí:

Rung thận (+): ☐ Không ☐ Có

Khác.....

2.5. Thần kinh: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Cổ cứng: ☐ Không ☐ Có

Dấu hiệu màng não: ☐ Không ☐ Có

Cơ lực: ☐ Bình thường ☐ Giảm: vị trí.....

Trương lực cơ: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm: vị trí.....

Phản xạ gân xương: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm: vị trí.....

Liệt ½ người phải: ☐ Không ☐ Có Liệt ½ người trái: ☐ Không ☐ Có

Liệt 2 chi dưới: ☐ Không ☐ Có Liệt tứ chi: ☐ Không ☐ Có

Khác.....

2.6. Cơ – xương – khớp: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau cơ: ☐ Không ☐ Có: vị trí Đau khớp: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Sưng đỏ khớp: ☐ Không ☐ Có: vị trí Đau cột sống: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Hạn chế vận động khớp: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Teo cơ: ☐ Không ☐ Có: vị trí Hạt Tophi: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Dấu cứng khớp buổi sáng: ☐ Không ☐ Có

Khác.....

2.7. Tai – mũi – họng:

Tai: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mũi: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thanh quản: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác.....

2.8. Răng – hàm – mặt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác.....

2.9. Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

2.10. Nội tiết - Dinh dưỡng:

Nội tiết: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Ăn uống: ☐ Bình thường ☐ Kém ☐ Không ăn uống được

Khác:

2.11. Bệnh lý khác:

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

4. Tóm tắt bệnh án:

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:

2. Chẩn đoán phân biệt:

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):

Biến chứng (nếu có):

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III

Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại:
5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: :...../...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: :...../...../20..... :...../...../20..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị:	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

.....

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Thực phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh tiêu hóa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh nội tiết: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thần kinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thận-tiết niệu: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh cơ-xương-khớp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ung thư: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có (ghi rõ số lượng, vị trí, thời gian, cơ sở y tế):

1.

2.

3.

Yếu tố nguy cơ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc Lào: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: ☐ Không ☐ Có: ☐ Thường xuyên ☐ Thỉnh thoảng ☐ Rất ít

Chất gây nghiện: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có, nếu có:

Tên bệnh

Người mắc (ghi rõ: ông, bà, bố, mẹ...)

Tên bệnh

Người mắc (ghi rõ : ông, bà, bố, mẹ...)

- ☐ Bệnh tim mạch:
☐ Tăng huyết áp:
☐ Tâm thần:
☐ Bệnh Gout:
☐ Bệnh hệ thống:
☐ Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ):
☐ Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ):
☐ Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ):

- ☐ Hen suyễn:
☐ Đái tháo đường:
☐ Động kinh:
☐ Bệnh liên quan đến chuyển hóa:
.....
.....

III. KHÁM LÂM SÀNG

1. Toàn thân:

- ☐ Chưa phát hiện bất thường
☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

- Tỉnh, tiếp xúc tốt: ☐ Không ☐ Có
Tỉnh, tiếp xúc chậm: ☐ Không ☐ Có
Ngủ gà: ☐ Không ☐ Có
Lơ mơ: ☐ Không ☐ Có
Hôn mê: ☐ Không ☐ Có
Da: ☐ Bình thường ☐ Vàng ☐ Sạm
Niêm mạc: ☐ Hồng ☐ Nhợt
Môi khô, lưỡi bẩn: ☐ Không ☐ Có
Tuyến giáp: ☐ Bình thường ☐ To
Hạch ngoại vi: ☐ Không sờ thấy ☐ To, mềm ☐ To, cứng chắc
Phù: ☐ Không ☐ Có - vị trí, mức độ, tính chất:
Xuất huyết dưới da: ☐ Không ☐ Có
Khác:

Mạch.....lần/phút
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/phút
Cân nặng.....kg
Chiều cao.....cm
SpO₂.....%
BMI.....

2. Các cơ quan

2.1. Tuần hoàn và hô hấp: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

- Hình dáng lồng ngực:
Cân đối: ☐ Không ☐ Có
Co rút: ☐ Không ☐ Có
Bầm tím, xây xước: ☐ Không ☐ Có
Hô hấp đảo chiều: ☐ Không ☐ Có
Tràn khí dưới da: ☐ Không ☐ Có
Rung miu: ☐ Không ☐ Có
Tiếng tim: ☐ Rõ ☐ Mờ
Tiếng tim đều: ☐ Không ☐ Có
Tiếng tim bất thường: ☐ Không ☐ Có

Mảng sườn di động: ☐ Không ☐ Có Rì rào phế nang: ☐ Không ☐ Có

Thở gắng sức: ☐ Không ☐ Có Mô tả chi tiết:
.....

Vết thương thành ngực: ☐ Không ☐ Có Rale: ☐ Không ☐ Có

Mô tả chi tiết: Mô tả chi tiết:.....

Khác:

2.2. Tiêu hoá:

Bụng chướng:

☐ Chưa phát hiện bất thường☐ Không☐ Có

Sẹo mổ cũ:

☐ Không☐ Có

Vị trí và kích thước.....

.....

Tuần hoàn bàng hệ:

☐ Không☐ Có

Quai ruột nối:

☐ Không☐ Có

Dấu hiệu rắn bò:

☐ Không☐ CóVết bầm tím, xây xước
thành bụng:☐ Không☐ CóVết thương thành
bụng:☐ Không☐ Có

Vị trí và kích thước.....

.....

Bụng mềm:

☐ Không☐ Có

Cảm ứng phúc mạc:

☐ Không☐ Có:

Vị trí:.....

Thăm trực tràng

Phân:

☐ Bình thường☐ Bất thường, tính chất:

Sờ thấy u:

☐ Không☐ Có, khối u cách rìa hậu môn:..... cm

Túi cùng Douglas:

☐ Không☐ Có

Cơ thắt hậu môn:

☐ Bình thường☐ Bất thường

Khác:.....

2.3. Thận - Tiết niệu☐ Chưa phát hiện bất thường☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:**- Sinh dục:**

Thận to:

☐ Không☐ Có

Chạm thận:

☐ Không☐ Có

Điểm đau niệu quản:

☐ Không☐ Có

Bập bênh thận:

☐ Không☐ Có

Cầu bàng quang:

☐ Không☐ Có

Tinh hoàn:

☐ Bình thường☐ Bất thường, tính chất:

Tuyến tiền liệt:

☐ Bình thường☐ To, mềm ☐ To, chắc

Khác:

2.4. Thần Kinh:☐ Chưa phát hiện bất thường☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Vết thương vùng đầu:

☐ Không☐ Có

Dấu hiệu màng não:

☐ Không☐ Có

Vị trí và kích thước.....

Ghi rõ:

Sưng nề, bầm tím

☐ Không☐ Có

Rối loạn cảm giác:

☐ Không☐ Có

vùng đầu mặt cổ:

Vị trí và kích thước.....

Ghi rõ:

Biến dạng hàm mặt:

☐ Không☐ Có

Rối loạn giác quan:

☐ Không☐ Có

Vị trí và kích thước.....

Ghi rõ:

Dấu hiệu thần kinh

☐ Không☐ Có

Rối loạn thăng bằng:

☐ Không☐ Có

khu trú:

Ghi rõ

Ghi rõ:

Dấu hiệu thần kinh

☐ Không☐ Có

Rối loạn trí nhớ:

☐ Không☐ Có

thực vật:

Ghi rõ

Ghi rõ:

Dấu hiệu thần kinh ngoại biên:	☐ Không	☐ Có	Rối loạn tâm thần:	☐ Không	☐ Có
	Ghi rõ			Ghi rõ:	
Dấu hiệu liệt thần kinh sọ:	☐ Không	☐ Có	Động kinh:	☐ Không	☐ Có
	Ghi rõ			Ghi rõ:	
Dấu hiệu liệt vận động:	☐ Không	☐ Có	Đột quy:	☐ Không	☐ Có
	Ghi rõ			Ghi rõ:	

Khác:

2.5. Cột sống:	☐ Chưa phát hiện bất thường	☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
Biến dạng cột sống:	☐ Không	☐ Có
	Rối loạn cảm giác thần kinh tủy sống: ☐ Không ☐ Có	
Sưng nề bầm tím vùng cột sống:	☐ Không	☐ Có
	Phản xạ bất thường: ☐ Không ☐ Có	
Điểm đau cột sống:	☐ Không	☐ Có
	Các nghiệm pháp khám: ☐ Không ☐ Có	

Khác:

2.6. Cơ - xương khớp:	☐ Chưa phát hiện bất thường	☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
Biến dạng xương:	☐ Không	☐ Có
	Vận động bình thường: ☐ Không ☐ Có	
Vết thương:	☐ Không	☐ Có
Sưng nề, bầm tím vùng thương tổn:	☐ Không	☐ Có
	Cảm giác nông sâu: ☐ Không ☐ Có	
Mất liên tục, lạo xạo xương:	☐ Không	☐ Có
	Chiều dài chi so với bình thường: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:	
Mạch ngoại vi:	☐ Bình thường	☐ Bất thường
	Biên độ khớp so với bình thường: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:	

Khác:

2.7. Răng hàm mặt - Mắt - Tai mũi họng

Răng hàm mặt:	☐ Chưa phát hiện bất thường	☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
Hàm mặt:	.....	
Sưng nề bầm tím:	.....	
Biến dạng:	.....	
Điểm đau chói:	.....	
Mất liên tục, lạo xạo xương:	.....	
Vận động:	.....	
Há miệng:	.....	
Khớp cắn:	.....	

Răng:

Mắt:	☐ Chưa phát hiện bất thường	☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
Nhãn cầu:	.....	
Tổn thương:	☐ Không	☐ Có, ghi rõ:
Sụp mí:	☐ Không	☐ Có, ghi rõ:
Tổn thương lệ đạo:	☐ Không	☐ Có, ghi rõ:

Tai mũi họng: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
Mũi: Vết thương ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Tai: Vết thương ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Chảy máu ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Khác:

2.8. Bệnh lý khác:

.....
.....
.....

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....
.....

4. Tóm tắt bệnh án:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:
2. Chẩn đoán phân biệt.....
3. Chẩn đoán xác định:
 Bệnh chính:
 Bệnh kèm theo (nếu có):.....
 Biến chứng (nếu có):.....

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III
Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch
Phục hồi chức năng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có.

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án
(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐
3. Điện thoại:
4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: ☐ ☐
6. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐
Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
8. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
9. Số thẻ BHYT:
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
11. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: /...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: /...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....

II. HỎI BỆNH

1. Hỏi bệnh chung

Ngày đầu kỳ kinh cuối:..... Ngày dự kiến sinh/...../20.....

Khám thai 4 lần trong 3 thời kỳ: ☐ Không ☐ Có

Tiêm phòng uốn ván: ☐ Không ☐ Có Số mũi đã tiêm:.....

Điều trị giang mai trong lần mang thai này: ☐ Không ☐ Có

Điều trị viêm gan B trong lần mang thai này: ☐ Không ☐ Có

Điều trị ARV trong lần mang thai này: ☐ Không ☐ Có

Điều trị Corticoid dự phòng sinh non trong lần mang thai này: ☐ Không ☐ Có: Liều cuối lúc: giờ, ngày...../...../20.....

Mang thai nhờ kỹ thuật: ☐ Thụ tinh trong ống nghiệm

☐ Mang thai hộ vì mục đích nhân đạo

2. Tiền sử

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Tiền sử bệnh:

Bệnh huyết áp: ☐ Không ☐ Có Bệnh tuyến giáp: ☐ Không ☐ Có

Bệnh tim: ☐ Không ☐ Có Bệnh thận: ☐ Không ☐ Có

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có Đái tháo đường: ☐ Không ☐ Có

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có, loại thuốc:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Tiền sử sản khoa: Para: ☐☐☐☐

Thời gian, nơi kết thúc thai nghén	Tuổi thai (sẩy, sinh non, đủ tháng, già tháng)	Diễn biến khi có thai	Cách thức sinh	Trẻ sơ sinh (cân nặng, bệnh tật)	Hậu sản

Tiền sử sản khoa khác, ghi rõ:.....

Phụ khoa:

Chu kỳ kinh: ☐ Đều số ngày..... ☐ Không đều

Phẫu thuật phụ khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Khối u buồng trứng: ☐ Không ☐ Có

Khối u tử cung: ☐ Không ☐ Có

Dị dạng sinh dục: ☐ Không ☐ Có

Tăng sinh môn: ☐ Không ☐ Có

Sa tạng chậu: ☐ Không ☐ Có

Bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị:

2.2. Tiền sử gia đình

Đa thai: ☐ Không ☐ Có Đái tháo đường: ☐ Không ☐ Có

Dị dạng: ☐ Không ☐ Có Tăng huyết áp: ☐ Không ☐ Có

Bệnh di truyền: ☐ Không ☐ Có Khác (ghi rõ)

III. THÔNG TIN TẠI KHOA KHÁM BỆNH

1. Toàn thân

Tinh thần:	☐ Tỉnh táo	☐ Hôn mê	☐ Khác
Phù:	☐ Không	☐ Có	
Protein niệu:	☐ Không	☐ Có	 g/l
Sẹo mổ cũ:	☐ Không	☐ Có	☐ Đau vết mổ
Khung chậu:	☐ Bình thường	☐ Bất thường	
Chiều cao tử cung.....cm		Vòng bụng.....cm	
Ngôi thai:	☐ Bình thường	☐ Bất thường, ghi rõ:	
Cơ co tử cung:	☐ Không	☐ Có	Tần số:
Tim thai:	☐ Không	☐ Có	Nhịp tim.....lần/phút
Cổ tử cung:	☐ Đóng	☐ Xóa	Mở.....cm
Đầu ối:	☐ Phồng	☐ Dẹt	☐ Quả lê
	☐ Rỉ	☐ Vỡ	lúc.....giờ.....phút
Nước ối:	☐ Trong	☐ Xanh bẩn	☐ Lẫn máu

Mạch.....lần/ph

Nhiệt độ.....⁰C

Huyết áp...../.....mmHg

Nhịp thở.....lần/ph

Cân nặng.....kg

Chiều cao.....cm

BMI.....

2. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có:

Xét nghiệm máu ngoại vi:	☐ Không	☐ Có
Xét nghiệm đông máu:	☐ Không	☐ Có
Sinh hóa máu:	☐ Không	☐ Có
Xét nghiệm các bệnh lây truyền từ mẹ sang con:	☐ Không	☐ Có
Sàng lọc trước sinh:	☐ Không	☐ Có
Xét nghiệm nước tiểu:	☐ Không	☐ Có
Siêu âm:	☐ Không	☐ Có

Khác:

3. Chẩn đoán (Tên bệnh, mã ICD kèm theo):

4. Tiên lượng: ☐ Sinh thường ☐ Sinh có nguy cơ ☐ Chỉ định mổ lấy thai

Khác.....

5. Kế hoạch điều trị:

Hướng điều trị tiếp theo:

Tư vấn/giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có:

6. Người khám: ☐ Bác sỹ sản khoa ☐ Y sỹ sản nhi ☐ Hộ sinh ☐ Khác.

Ngày..... tháng..... năm 20...

Người khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

IV. THÔNG TIN TẠI KHOA ĐỂ

1. Thông tin chung

Thời gian vào khoa để:giờ phút, ngày/...../20.....

Tuần tuổi thai:.....

Dự kiến đặt tên con (nếu có)

Họ và tên chồng:

Nếu là con trai:

Nếu là con gái

2. Khám sản khoa

Khám ngoài

Hình dạng tử cung:

Tư thế:.....

.....

.....

Con co tử cung (tần số):

.....

Nhịp tim thai:.....

.....

.....

Ngôi thai:.....

.....

Khung chậu ngoài

☐ Bình thường ☐ Hẹp

☐ Méo ☐ Lệch

Khám trong

Tàng sinh môn:

Cổ tử ☐ Đóng ☐ Xóa

cung:

☐ Mở:....(cm) Bishop.....

Khối u ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

tiền đạo:

Đầu ối: ☐ Phồng ☐ Dẹt ☐ Quả lê

☐ Rỉ ☐ Vỡ

☐ Tự nhiên ☐ Bấm ối, lúc.....

Màu sắc ☐ Trong ☐ Xanh bần

nước ối: ☐ Lẫn máu

Ngôi:.....Thế:.....

Kiểu thế:

Độ lọt Delle: ☐ -3 ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0

Đường kính nhô hậu vệ.....cm

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có:

.....

.....

4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

5. Chẩn đoán (Tên bệnh, Mã ICD kèm theo)

Chẩn đoán khi vào khoa để:.....

Chẩn đoán phân biệt:

6. Tiên lượng: ☐ Sinh thường ☐ Sinh có nguy cơ ☐ Chỉ định mổ lấy thai

Khác:.....

7. Kế hoạch điều trị

Hướng điều trị tiếp theo:

.....

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh/thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có:

.....

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tình trạng trẻ sơ sinh

Số con sinh lần này....., trong đó: Số con sinh sống.....

Tử vong thai nhi: ☐ Không ☐ Có, nguyên nhân.....

2. Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng của mẹ

Xét nghiệm, CLS

Trước và trong khi mang thai

Khi chuyển dạ

Máu ngoại vi:

☐ Không thiếu

☐ Thiếu máu

☐ Không thiếu

☐ Thiếu máu

máu

máu

HIV:

☐ Âm tính

☐ Dương tính

☐ Âm tính

☐ Dương tính

Viêm gan B:

☐ Âm tính

☐ Dương tính

☐ Âm tính

☐ Dương tính

Giang mai:

☐ Âm tính

☐ Dương tính

☐ Âm tính

☐ Dương tính

Đường huyết:

☐ Bình thường

☐ Bất thường

☐ Bình thường

☐ Bất thường

Protein niệu:

☐ Âm tính

☐ Dương tính

☐ Âm tính

☐ Dương tính

Sàng lọc trước sinh

☐ Bình thường

☐ Bất thường

☐ Bình thường

☐ Bất thường

Khác (ghi rõ):.....

3. Đặc điểm giai đoạn sơ rau

Rau sơ lúc:giờ.....phút

Cân nặng.....(gam)

Kiểu sơ:

☐ Mặt màng

☐ Mặt mũi

Thời gian sơ rau:.....(phút)

☐ Rau bong non

Dây rau cuộn cổ:

☐ Không

☐ Có

Chiều dài dây rau:.....(cm)

Kiểm soát tử cung:

☐ Không

☐ Có

Lý do:.....

Bóc rau nhân tạo:

☐ Không

☐ Có

Lý do:.....

Chảy máu:

☐ Không

☐ Có

Số lượng:ml.

4. Tình hình sản phụ sau sinh:

Toàn trạng:

Mạch.....lần/phút

Nhiệt độ.....⁰C

Huyết áp...../.....mmHg

Nhịp thở.....lần/phút

Thời gian chuyển dạ:.....giờ phút, ngày/...../20.....

Thời gian theo dõi tại khoa đẻ:.....giờ phút, ngày/...../20.....

Sinh lúc:.....giờ phút, ngày/...../20.....

Cách thức sinh:

☐ Sinh thường

☐ Sinh mổ

☐ Sinh mổ chủ động

☐ Sinh chỉ huy

☐ Giác hút

☐ Forceps

Tàng sinh môn:

☐ Toàn vẹn

☐ Rách

☐ Cắt

Âm đạo:

☐ Toàn vẹn

☐ Rách

☐ Cắt

Cổ tử cung:

☐ Toàn vẹn

☐ Rách

☐ Cắt

Tai biến sản khoa:

☐ Băng huyết

☐ Tiền sản giật

☐ Sản giật

☐ Vỡ tử cung

☐ Nhiễm trùng

☐ Khác, ghi rõ:

Người đỡ đẻ/làm thủ thuật:

☐ BS sản khoa

☐ YS sản nhi

☐ Hộ sinh

☐ Khác

5. Tình hình phẫu thuật (nếu có):

Chẩn đoán trước phẫu thuật:

Chẩn đoán sau phẫu thuật:

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Phẫu thuật viên	Bác sỹ gây mê

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

BỆNH ÁN NHI KHOA

MS: BA-04

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Dân tộc: ☐ ☐ 5. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
7. Họ và tên bố: Nghề nghiệp:
Họ và tên mẹ: Nghề nghiệp:
8. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
9. Số thẻ BHYT:
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
11. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: :..... /...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: :..... /...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
..... :..... /...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

II. HỎI BỆNH

U bnh dnh_yt_Van thu SYT Binh Dinh_16/01/2024

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

Khác:.....

Tên bệnh:

☐ Tiêm chủng khác:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tri giác: ☐ Tỉnh ☐ Bứt rứt ☐ Ngủ gà ☐ Li bì ☐ Mê

Da, niêm mạc: ☐ Hồng ☐ Tái ☐ Vàng

Xuất huyết dưới da: ☐ Không ☐ Có, vị trí, đặc điểm:

Ban trên da: ☐ Không ☐ Có, vị trí, đặc điểm:

Môi: ☐ Hồng ☐ Tái ☐ Tím

Phù: ☐ Không ☐ Có, vị trí, tính chất:

Mất nước: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Dinh dưỡng: ☐ Bình thường ☐ Suy dinh dưỡng ☐ Béo phì
☐ Sụt cân ☐ Bú kém/ăn kém ☐ Bỏ bú/bỏ ăn

Hạch: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tuyến giáp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

2. Các cơ quan:

2.1. Tuần hoàn: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Hồi hộp đánh trống ngực: ☐ Không ☐ Có Nhịp nhanh: ☐ Không ☐ Có

Khó thở: ☐ Không ☐ Có Loạn nhịp: ☐ Không ☐ Có

Nhịp chậm: ☐ Không ☐ Có Nhịp tim bình thường.....chu kỳ/phút

Mờm tim đập lệch: ☐ Không ☐ Có: ☐ Lệch trái ☐ Lệch phải

Tiếng tim mờ: ☐ Không ☐ Có: ☐ T1 mạnh ở mỏm ☐ T2 mạnh ☐ Tiếng ngựa phi

Thổi tâm thu: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....☐ Rung miu)

Rung tâm trương: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....☐ Rung miu)

Thổi liên tục ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....)

☐ Mạch nảy yếu ☐ Nổi vân ☐ Da tái, chi lạnh Refillgiây

Khác:

2.2. Hô hấp: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Ho: ☐ Không ☐ Có Ho nhiều về đêm và ☐ Không ☐ Có
gần sáng:

Khò khè: ☐ Không ☐ Có Khò khè tái diễn: ☐ Không ☐ Có

Lồng ngực bình thường: ☐ Không ☐ Có Biến dạng lồng ngực: ☐ Không ☐ Có

Co kéo cơ hô hấp: ☐ Không ☐ Có Thở rên: ☐ Không ☐ Có

Thở nhanh: ☐ Không ☐ Có Khó thở: ☐ Không ☐ Có

Rút lõm ngực: ☐ Không ☐ Có Thở rít: ☐ Không ☐ Có

Chảy nước mũi ☐ Không ☐ Có: Tính chất dịch mũi:.....

Rì rào phế nang: ☐ Bình thường ☐ Giảm - vị trí:.....

Mạch.....lần/phút

Nhiệt độ.....⁰C

Huyết áp...../.....mmHg

Nhịp thở.....lần/phút

Cân nặng.....kg

Chiều cao.....cm

SpO₂.....%

BMI.....

Rung thanh: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm - vị trí.....

Rale: ☐ Không ☐ Có: ☐ Rale ẩm ☐ Rale nổ ☐ Rale rít ☐ Rale ngáy

Khác:

2.3. Tiêu hoá: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Nôn: ☐ Không ☐ Có: ☐ Nôn tất cả mọi thứ ☐ Nôn vọt

Chất nôn:

Phân: ☐ Bình thường ☐ Nát ☐ Táo bón ☐ Nhầy ☐ Máu ☐ Phân lỏng, số lần...../ngày

Đau bụng: ☐ Không ☐ Có: Vị trí ☐ Tính chất đau.....

Bụng: ☐ Mềm ☐ Chướng ☐ Phản ứng thành bụng ☐ Cảm ứng phúc mạc

Gan: ☐ Bình thường ☐ To Dưới bờ sườncm ☐ Cở chướng

Lách: ☐ Bình thường ☐ To Độ(1, 2, 3, 4) ☐ Tuần hoàn bàng hệ

Hậu môn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Khác:

2.4. Thận - Tiết niệu - Sinh dục: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Đi tiểu: ☐ Bình thường ☐ Tiểu buốt ☐ Tiểu rắt ☐ Tiểu ít hơn ngày bình thường

Màu sắc nước tiểu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Màu sắc thể tích.....ml/24h

Hố thận: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Bộ phận sinh dục ngoài: ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Khác:

2.5. Thần kinh, tâm thần: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Co giật: ☐ Không ☐ Có: số lần..... ☐ Co giật toàn thân

☐ Cục bộ ☐ Tỉnh ngay sau giật ☐ Liên quan sốt cao

☐ Thời gian giật.....phút ☐ Liệt/yếu vận động sau giật, vị trí:.....

Cổ cứng: ☐ Không ☐ Có

Dấu hiệu màng não: ☐ Không ☐ Có

Cơ lực: ☐ Bình thường ☐ Giảm - vị trí.....

Trương lực cơ: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm - vị trí.....

Phản xạ gân xương: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm - vị trí.....

Thần kinh sọ não: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Liệt ½ người phải: ☐ Không ☐ Có Liệt ½ người trái: ☐ Không ☐ Có

Liệt 2 chi dưới: ☐ Không ☐ Có Liệt tứ chi: ☐ Không ☐ Có

Khác:

2.6. Cơ - Xương - Khớp:

Cơ: ☐ Bình thường ☐ Đau cơ, vị trí.....

☐ Teo cơ, vị trí.....

Xương: ☐ Bình thường ☐ Đau xương, vị trí.....

☐ Biến dạng xương, vị trí.....

Khớp: ☐ Bình thường ☐ Đau khớp, vị trí.....

☐ Sưng đỏ khớp, vị trí.....

Khác:

2.7. Tai - Mũi - Họng, Răng - Hàm - Mặt, Mắt, Dinh dưỡng:

.....

.....

2.8. Bệnh lý khác:

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

4. Tóm tắt bệnh án:

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:
2. Chẩn đoán phân biệt:
3. Chẩn đoán xác định:
- Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo (nếu có):
- Biến chứng (nếu có):

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III

Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn
☐ Tử vong ☐ Tiên lượng nặng xin về ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

BỆNH ÁN SƠ SINH

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐
3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chưa xác định
4. Dân tộc: ☐ ☐
5. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
7. Họ và tên bố: Nghề nghiệp:
Họ và tên mẹ: Nghề nghiệp:
8. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
9. Số thẻ BHYT:
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
11. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: :...../...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: :...../...../20.....	8. Ra viện: :..... ngày...../...../20.....
..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:.....	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

2. Tiền sử sản khoa và bệnh của mẹ

PARA:

Tiền sử sản khoa:

Khám thai định kỳ: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Phát hiện bất thường khi khám ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

thai:

Tiêm phòng:

Uốn ván: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Viêm gan B: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:..... ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Tiền sử bệnh của mẹ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đái tháo đường: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh huyết áp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh lý tuyến giáp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Điều trị Corticoid: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Điều trị MgSO4: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Viêm màng ối: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Nhiễm trùng tiết niệu: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Nhiễm liên cầu B: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Giang mai: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Nhiễm HIV: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Viêm gan B: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Thuốc dùng khi mang thai: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

3. Tình hình thai và ối trong khi sinh:

Thời gian vỡ ối lúc: giờ Vỡ ối trước sinh:giờ

☐ Màu trong ☐ Xanh lơng ☐ Vàng sệt ☐ Mùi hôi ☐ Không rõ ☐ Khác.....

Trường hợp đa thai	Giờ/phút sinh	Cân nặng (gr)	Giới (Nam/nữ)	Bánh rau (số lượng/mặt màng/mặt máu)	Túi ối (số lượng)	Dây rốn (bình thường/ bất thường)
Thai 1						
Thai 2						
Thai 3						

4. Tiền sử gia đình:

.....

5. Tình trạng sơ sinh khi ra đời:

Cách thức sinh: ☐ Sinh thường ☐ Sinh mổ ☐ Sinh mổ chủ động ☐ Sinh chỉ huy
☐ Giác hút ☐ Forceps

Lý do sinh mổ:

Apgar 1 phút 5 phút 10 phút Cân nặng:.....(gr)

Tuổi thai: tuần ☐ Dựa theo kinh cuối cùng ☐ Dựa vào siêu âm thai ở 3 tháng đầu
☐ Dựa vào ngày đặt phôi (IVF) ☐ Dựa vào tuổi thai trên lâm sàng

Trẻ được thực hiện da kề da liên tục ngay sau sinh trong:.....giờ

Trẻ bú lần đầu tiên sau:.....phút.

6. Phương pháp hồi sức ngay sau sinh: ☐ Không ☐ Có:

☐ Hút dịch ☐ Đặt nội khí quản
☐ Thở Ôxy ☐ Ấn ngực
☐ Bóp bóng ☐ Adrenalin

7. Trẻ đã được tiêm:

Vitamin K₁ ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ
Vắc xin viêm gan B: ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ
Huyết thanh kháng VG B: ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ
Lao: ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ

8. Tình trạng dinh dưỡng sau sinh:

Bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ
sau sinh:
Bú mẹ hoàn toàn: ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ
Bú mẹ và ăn sữa công thức: ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ
Sữa công thức hoàn toàn: ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân:

Dị tật bẩm sinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Cân nặng: gr Chiều dài cm Vòng đầu cm Nhiệt độ.....⁰C

Khác:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Thăm khám:

Màu sắc da: ☐ Hồng ☐ Xanh ☐ Vàng ☐ Tím ☐ Khác

Hô hấp

Lồng ngực: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Nhịp thở: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Biểu hiện của hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Chỉ số Silverman.....điểm

Điểm	Sự di động lồng ngực	Rút lõm cơ liên sườn	Rút lõm hõm ức	Phập phồng cánh mũi	Thở rên
0	Đồng bộ	Không	Không	Không	Không
1	Bụng di động nhiều hơn ngực	Có ít	Có ít	Nhẹ	Nghe bằng ống nghe
2	Di động ngực bụng ngược chiều	Thấy rõ	Thấy rõ	Rõ	Tai thường nghe rõ

Tim mạch:

Tần số:.....lần/phút

Tiếng tim:

☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Thời gian phục hồi màu sắc da:giây

SpO₂:%**Thần kinh:**

Ý thức, trương lực cơ,

vận động tự nhiên:

☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Các phản xạ nguyên thủy

(Moro/cầm nắm/mút):

☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Đáp ứng với kích thích:

☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Đảm rối thần kinh tay:

☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**Đầu:**☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**Mắt:**☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**Tai/Mũi/Họng/Môi:**☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**Cổ:**☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**Bụng** (gan/thận/rốn /khối u):☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Phân su trong 24 giờ sau sinh:

☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**Hậu môn/Bộ phận sinh dục**☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**ngoài:****Nước tiểu:**☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**Cơ xương khớp/Tứ chi/**☐ Bình thường☐ Bất thường, ghi rõ:.....**Khớp háng:****3. Tóm tắt bệnh án:****IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện:

2. Chẩn đoán phân biệt.....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

V. Tiên lượng:**VI. Hướng điều trị tiếp theo:**

.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐
3. Điện thoại:
4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: ☐ ☐
6. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐
8. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
9. Số thẻ BHYT:
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
11. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: /...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: /...../20..... /...../20..... /...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị:	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:

- | | |
|--|---|
| ☐ Xét nghiệm máu ngoại vi | ☐ Xét nghiệm HPV |
| ☐ Xét nghiệm đông máu | ☐ Xét nghiệm tế bào cổ tử cung |
| ☐ Xét nghiệm sinh hóa máu | ☐ Nghiệm pháp VIA/VILI |
| ☐ Siêu âm | ☐ Soi cổ tử cung |
| ☐ Sinh thiết | |

Khác:.....

4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:.....
2. Chẩn đoán phân biệt:.....
3. Chẩn đoán xác định:.....
- Bệnh chính:.....
- Bệnh kèm theo (nếu có):.....
- Biến chứng (nếu có):.....

V. TIỀN LƯỢNG:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:.....

.....

.....

- Biện pháp tránh thai được cung cấp: ☐ Không ☐ Có:
- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☐ DCTC | ☐ Bao cao su | ☐ Thuốc viên | ☐ Thuốc tiêm |
| | ☐ Thuốc cấy | ☐ Triệt sản | ☐ Khác, ghi rõ: |
- Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III
- Tư vấn/giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có:
-
-

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán

Xét nghiệm HPV: ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung: ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Nghiệm pháp VIA/VILI: ☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Nghi ngờ ung thư

Siêu âm

Soi cổ tử cung

Sinh thiết.....

Khác, ghi rõ

4. Phương pháp điều trị:

a. Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

.....

b. Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

c. Điều trị tiền ung thư cổ tử cung:

☐ Đốt điện/đốt laser/áp lạnh CTC ☐ LEEP cổ tử cung

☐ Khoét chóp cổ tử cung ☐ Khác, ghi rõ:

d. Kế hoạch hóa gia đình

Tai biến khi thực hiện biện pháp tránh thai

☐ Chảy máu ☐ Nhiễm trùng ☐ Sốt ☐ Đau bụng ☐ Khác, ghi rõ:

5. Tình trạng ra viện:

☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn

☐ Tiên lượng nặng xin về ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: :...../...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: :...../...../20.....	8. Ra viện: :..... ngày...../...../20.....
..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....
.....
.....
.....
.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Thực phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh tiêu hóa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh nội tiết: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thần kinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thận-tiết niệu: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh cơ-xương-khớp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ung thư: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Yếu tố nguy cơ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc láo: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: ☐ Không ☐ Có: ☐ Thường xuyên ☐ Thỉnh thoảng ☐ Rất ít

Chất gây nghiện: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)

Tên bệnh:

3. Yếu tố dịch tễ: ☐ Không ☐ Có:

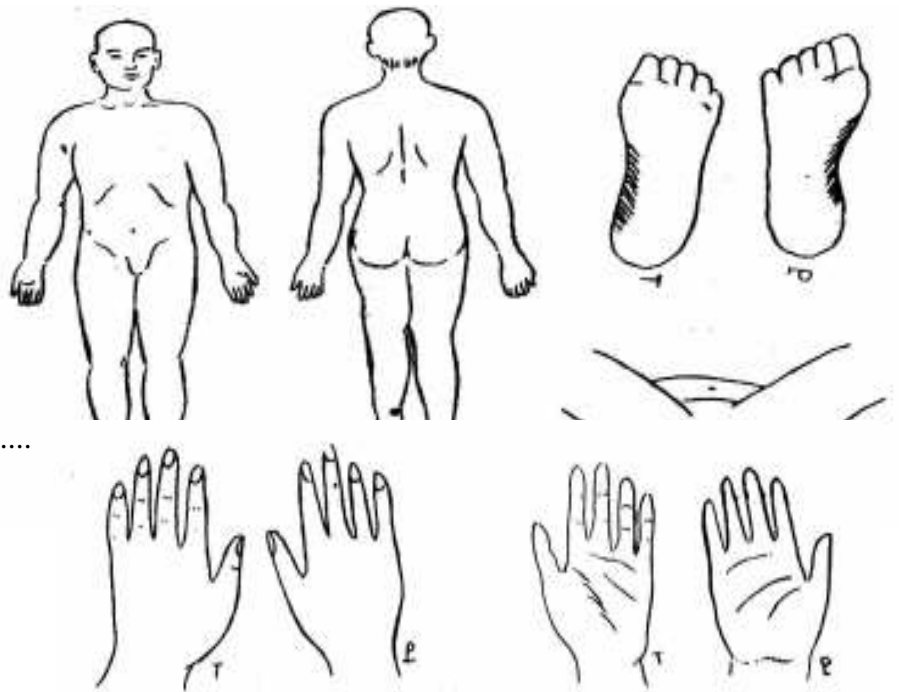
- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh:Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống:

Độ	Ký hiệu	Diện tích

Ký hiệu độ bồng (Tỷ lệ % hoặc cm²)

- Phân độ theo:.....



3. Các cơ quan

Tuần hoàn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tiêu hoá: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thận - tiết niệu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thần kinh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Cơ - xương - khớp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Nội tiết, dinh dưỡng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Bệnh lý khác:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

.....

5. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:

2. Chẩn đoán phân biệt.....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III

Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa

(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: :...../...../20.....	8. Ra viện: :..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: :...../...../20..... :...../...../20..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị:	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong ☐ Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

Triệu chứng xuất hiện đầu tiên (xuất hiện từ khi nào, diễn biến...):

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

2. Tiền sử bệnh có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Bản thân: (các bệnh cấp tính, mạn tính đã mắc, đang mắc)

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Thực phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Ung thư: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh tiêu hóa, viêm gan: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Nội tiết - thần kinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Thận - tiết niệu: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh nội khoa khác: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Lịch sử điều trị: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Hóa trị: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Điều trị đích: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Miễn dịch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Xạ trị: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Yếu tố nguy cơ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc láo: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: ☐ Không ☐ Có: ☐ Thường xuyên ☐ thỉnh thoảng ☐ Rất ít

Chất gây nghiện: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

Một số đặc điểm đặc biệt khác (chế độ ăn uống, sinh hoạt, điều trị...).....

2.2. Gia đình: (ghi rõ quan hệ huyết thống, mắc các bệnh có liên quan).

Ung thư: ☐ Không ☐ Có U lành: ☐ Không ☐ Có

(Nếu có mô tả rõ quan hệ huyết thống, loại ung thư, tuổi khi mắc bệnh, tình trạng hiện tại)

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân:

Tinh thần: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Toàn trạng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Da – niêm mạc: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Hạch ngoại biên: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tình trạng dinh dưỡng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

Mạch lần/ph
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Chiều cao.....cm
Cân nặngkg
SpO₂.....%
BMI.....

2. Bộ phận tổn thương:

Hình vẽ hoặc ảnh	Mô tả tổn thương
	
	
	
	
	
	
	

3. Các cơ quan

3.1. Thần kinh:

Rối loạn tri giác: ☐ Không ☐ Có Glasgow.....điểm

Rối loạn vận động: ☐ Không ☐ Yếu ☐ Liệt khu trú ☐ Khác:.....

Rối loạn cảm giác vùng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khám các dây thần kinh sọ: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Phản xạ gân xương: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Khác:

3.2. Tuần hoàn:

Nhịp tim: ☐ Đều ☐ Không đều: chu kỳ/phút

Tiếng thổi bất thường: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

3.3. Hô hấp:

Hình dáng lồng ngực: ☐ Cân đối ☐ Không cân đối

Rì rào phế nang 2 bên: ☐ Rõ ☐ Không rõ

Tiếng thổi bất thường: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:.....

3.4. Tiêu hoá:

Bụng chướng: ☐ Không ☐ Có Đau đầu: ☐ Không ☐ Có
Sợ mỡ cũ: ☐ Không ☐ Có Gan to: ☐ Không ☐ Có
Sờ phát hiện khối bất thường: ☐ Không ☐ Có Lách to: ☐ Không ☐ Có
Khác:

3.5. Cơ – Xương - Khớp:

Vận động chi: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, vị trí:
Sờ phát hiện khối bất thường: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Khác:

3.6. Tiết niệu:

☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

3.7. Sinh dục:

☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

3.8. Bệnh lý khác:

.....
.....
.....
.....

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....
.....

5. Tóm tắt bệnh án:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:T.....N.....M.....Giai đoạn.....

2. Chẩn đoán phân biệt.....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

1. Lập kế hoạch điều trị

Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:

.....
.....

Dự kiến phương pháp điều trị:

Phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Hóa trị: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Điều trị đích: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Miễn dịch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Xạ trị: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Dự kiến phác đồ điều trị:

2. Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III
3. Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch
4. Giải thích, tư vấn cho người bệnh/thân nhân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

5. Ý kiến người bệnh và gia đình:

Người bệnh và thân nhân của người bệnh xác nhận đã được nghe bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, phương án chẩn đoán và xử trí cũng như dự kiến tiên lượng.

☐ Người bệnh/thân nhân của người bệnh đồng ý với phương án điều trị.

☒ Khác:

Người bệnh/thân nhân của người bệnh (Ký, ghi rõ họ tên):

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: :...../...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: :...../...../20.....	8. Ra viện: :..... ngày...../...../20.....
..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:.....

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. BỆNH SỬ

1. Thời gian bắt đầu khởi bệnh, yếu tố khởi phát, lý do, hoàn cảnh diễn biến:

.....
.....
.....

2. Các triệu chứng biểu hiện, đáp ứng bệnh nhân, người xung quanh quan sát, tác động:

.....
.....
.....

3. Đã khám và điều trị (Chẩn đoán gì, điều trị như thế nào, kết quả?):

.....
.....
.....

4. Diễn biến bệnh:

.....
.....
.....

5. Hiện tại:

.....
.....
.....

III. TIỀN SỬ

1. Bản thân:

Tiền sử sản nhi: phát triển, nhân cách,.....

Bệnh lý não/cơ thể:.....

Bệnh lý tâm thần (stress, sử dụng chất..):.....

Liên quan pháp luật:.....

.....
.....

2. Gia đình:

Bệnh lý não/cơ thể mạn tính:.....

Bệnh lý tâm thần mạn tính:.....

Xã hội: gia đình, môi trường,

.....
.....

IV. KHÁM BỆNH

1. Tiếp xúc ☐ Tốt ☐ Hạn chế

Khác:.....

2. Nhận thức

Năng lực định hướng:

Không gian: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Thời gian: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Xung quanh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Bản thân: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Chú ý:

- | | | |
|----------------------|--------------------------------------|---|
| Tập trung chú ý: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Duy trì chú ý: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Phân tán chú ý: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Phân tán chú ý: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Nghiệm pháp “100-7”: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |

Trí nhớ:

- | | | |
|-------------------|--------------------------------------|---|
| Trí nhớ tức thì: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Trí nhớ gần: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Trí nhớ xa: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Quên thuận chiều: | ☐ Không | ☐ Có, ghi rõ:..... |
| Quên ngược chiều: | ☐ Không | ☐ Có, ghi rõ:..... |
| Nhớ giả: | ☐ Không | ☐ Có |
| Bịa chuyện: | ☐ Không | ☐ Có |

Ngôn ngữ:

- | | | |
|---------------------|--------------------------------------|---|
| Tiếp nhận ngôn ngữ: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Gọi tên, tìm từ: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Kết cấu ngữ pháp: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Tốc độ, trôi chảy: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Vong ngôn: | ☐ Không | ☐ Có, ghi rõ:..... |

Chức năng cảm nhận – vận động:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
|--------------------------------------|---|

Chức năng điều hành:

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| Lên kế hoạch: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Phán đoán: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Ra quyết định: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Giải quyết vấn đề: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Hiệu suất công việc, học tập: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |

Nhận thức xã hội:

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| Nhận diện cảm xúc: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Hiểu tình huống hiện tại: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
| Khả năng mô tả tình trạng cơ thể và tâm lý cá nhân: | ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |

3. Cảm xúc

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Buồn chán | ☐ Vui vẻ | ☐ Sợ hãi | ☐ Tức giận |
| ☐ Ngạc nhiên | | | |
| ☐ Hỗn hợp | ☐ Ghê tởm | ☐ Trầm cảm | ☐ Hưng cảm |

4. Hành vi

Duy trì công việc, học tập:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
|--------------------------------------|---|

Giao tiếp xã hội:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Bình thường | ☐ Bất thường, ghi rõ:..... |
|--------------------------------------|---|

Chăm sóc gia đình: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Chăm sóc bản thân: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Bất thường: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Hành vi nghiện: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

5. Stress

Nhân cách: Các nét nhân cách

Sang chấn tâm lý: ☐ Không ☐ Cá nhân ☐ Gia đình ☐ Cộng đồng

Ghi rõ:.....

Biểu hiện liên quan stress:

Lo âu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Ám ảnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phân ly: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Cơ thể hóa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Khác:

6. Loạn thần

Thông nhất các mặt hoạt động tâm thần:

Hoang tưởng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Ảo giác: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Ngôn ngữ không tổ chức: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Hành vi không tổ chức: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Căng trương lực: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

7. Ăn uống

Thay đổi về ăn uống so với trước:

Lượng thức ăn thay đổi trong từng bữa: ☐ Bình thường ☐ Thay đổi, ghi rõ:.....

Thay đổi về khẩu vị trong bữa ăn: ☐ Bình thường ☐ Thay đổi, ghi rõ:.....

Thay đổi về cảm giác ngon miệng: ☐ Bình thường ☐ Thay đổi, ghi rõ:.....

Cảm giác của cơ thể khi ăn: ☐ Bình thường ☐ Thay đổi, ghi rõ:.....

Từ chối ăn: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Chán ăn: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Ăn vô độ: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Cuồng ăn: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Ăn bậy: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

8. Giấc ngủ

Vấn đề giấc ngủ ☐ Không ☐ Có:

☐ Khó vào giấc ☐ Thức giấc sớm

☐ Ngủ không sâu ☐ Ngủ nhiều

Chu kỳ ngủ: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Các bất thường khi ngủ: ☐ Không ☐ Có:

☐ Ngủ mơ ☐ Ác mộng ☐ Hoảng sợ khi ngủ

☐ Miên hành ☐ Ngủ ngáy ☐ Ngừng thở khi ngủ

☐ Co giật khi ngủ ☐ Hội chứng chân không yên

Khác

9. Tình dục

Thời kỳ hoạt động tình dục: ☐ Trẻ em ☐ Thanh thiếu niên ☐ Trung niên ☐ Người cao tuổi

Các giai đoạn chu kỳ hoạt động chức năng tình dục:

Ham muốn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Kích thích: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Ổn định: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Cực khoái: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Thoái trào: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Các bất thường ☐ Giảm ham muốn - ghét sợ tình dục

☐ Xuất tinh sớm ☐ Đau khi giao hợp

☐ Rối loạn cương dương ☐ Co thắt âm đạo

Khác.....

Ưu chuộng tình dục: ☐ Bình thường ☐ Khổ dâm ☐ Bạo dâm

Khác.....

☐ Nam ☐ Nữ ☐ Đồng tính nam ☐ Đồng tính nữ

Vấn đề phân định giới tính: ☐ Song tính ☐ Vô tính

Khác.....

10. Bản năng sống

Lựa chọn hành vi mạo hiểm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Tự gây thương tích: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Kế hoạch tự sát: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Toan tự sát: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Tự sát: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

11. Sử dụng chất

Yên dịu, gây ngủ: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Mức độ: ☐ Sử dụng ☐ Lạm dụng ☐ Nghiện ☐ Trạng thái cai

Kích thần: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Mức độ: ☐ Sử dụng ☐ Lạm dụng ☐ Nghiện ☐ Trạng thái cai

Kích thần gây ảo giác: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Mức độ: ☐ Sử dụng ☐ Lạm dụng ☐ Nghiện ☐ Trạng thái cai

Gây ảo giác: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Mức độ: ☐ Sử dụng ☐ Lạm dụng ☐ Nghiện ☐ Trạng thái cai

Yên dịu gây ảo giác: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
Mức độ: ☐ Sử dụng ☐ Lạm dụng ☐ Nghiện ☐ Trạng thái cai
☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Khác:.....

V. ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE THỂ CHẤT

1. Đánh giá toàn trạng:

☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

.....
.....
.....

Mạch.....lần/ph
Nhiệt độ⁰C
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/ph

2. Các cơ quan

Tuần hoàn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Tiêu hóa: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Thận – tiết niệu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Thần kinh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Cơ – xương – khớp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Tai – mũi – họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Răng – hàm – mặt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Bệnh lý khác:.....

VI. ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE XÃ HỘI (Gia đình; Cộng đồng; Môi trường học tập/ làm việc; Yếu tố dịch tễ; Khác)

.....
.....
.....
.....
.....

VII. ĐÁNH GIÁ CẬN LÂM SÀNG

- Đánh giá sinh hóa phân tử:.....
- Đánh giá hình ảnh/ chức năng:
- Đánh giá tâm lý xã hội (nhận thức; hành vi; loạn thần; cảm xúc; stress; tình dục; giấc ngủ; ăn uống; sử dụng chất; bản năng sống):

VIII. TÓM TẮT BỆNH ÁN

IX. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:

2. Chẩn đoán phân biệt:

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):

Biến chứng (nếu có):

X. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị gen – tế bào gốc - sinh hóa: ☐ Không ☐ Có

☐ Chống trầm cảm ☐ Giải lo âu ☐ An dịu, gây ngủ ☐ Chống loạn thần ☐ Chỉnh khí sắc

☐ Thuốc kích thần ☐ Nootropics ☐ Nhóm thuốc khác.....

☐ Liệu pháp gen ☐ Tế bào gốc Khác:.....

2. Can thiệp và điều biến não: ☐ Không ☐ Có

☐ Kích thích từ xuyên sọ (TMS) ☐ Kích thích dòng điện một chiều xuyên sọ (tDCS)

☐ Sốc điện ☐ Kích thích não sâu

Khác:.....

3. Điều trị tâm lý xã hội: ☐ Không ☐ Có

☐ Liệu pháp nhận thức- hành vi ☐ Liệu pháp thư giãn ☐ Kích hoạt hành vi

☐ Hoạt động trị liệu Khác:.....

Ngày.....tháng..... năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án
(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....

.....

2. Các xét nghiệm, cận lâm sàng (có giá trị cho chẩn đoán và điều trị):

.....

.....

3. Phương pháp điều trị:

.....

.....

4. Điều trị sinh hóa

Tên thuốc	Liều tối đa	Thời gian sử dụng	Ghi chú

5. Điều trị gen – tế bào gốc:

.....

.....

6. Can thiệp và điều biến não:

Phương pháp	Số buổi
TMS TDCS Sốc điện Phương pháp khác, Ghi rõ:	

7. Trị liệu tâm lý – xã hội:

Phương pháp	Số buổi
Liệu pháp thư giãn Liệu pháp kích hoạt hành vi Hoạt động trị liệu Liệu pháp nhận thức – hành vi Liệu pháp tâm lý khác, ghi rõ:.....	

8. Phương pháp điều trị khác:

.....

9. Tình trạng ra viện: ☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong ☐ Tiên lượng nặng xin về ☐ Chưa xác định.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký và ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại:
5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐
7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: :...../...../20.....	8. Ra viện: :..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: :...../...../20..... :...../...../20..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị:	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Thực phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh tiêu hóa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh nội tiết: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thần kinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thận-tiết niệu: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh cơ-xương-khớp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ung thư: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Yếu tố nguy cơ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc Lào: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: ☐ Không ☐ Có: ☐ Thường xuyên ☐ Thỉnh thoảng ☐ Rất ít

Chất gây nghiện: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)

Tên bệnh:

3. Yếu tố dịch tễ: ☐ Không ☐ Có:

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh:Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống:

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương)

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tình, tiếp xúc tốt: ☐ Không ☐ Có

Ngủ gà: ☐ Không ☐ Có

Lơ mơ: ☐ Không ☐ Có

Hôn mê: ☐ Không ☐ Có: Glasgowđiểm

Da, niêm mạc: ☐ Hồng ☐ Vàng ☐ Xanh xao
Khác.....

Kết mạc mắt: ☐ Bình thường ☐ Đỏ ☐ Vàng
Khác.....

Lưỡi: ☐ Bình thường
☐ Bắn ☐ Gai lưỡi mòn/mắt
Khác.....

Lông, tóc, móng: ☐ Bình thường
☐ Rụng tóc ☐ Móng giòn dễ gãy
Khác.....

Tuyến giáp: ☐ Bình thường ☐ To ☐ Tiếng thổi

Hạch sờ được: ☐ Không ☐ Có:

Vị trí: ☐ Cổ ☐ Nách ☐ Bẹn

Khác.....

Số lượng: ☐ Một ☐ Nhiều hạch

Đường kính (hạch lớn nhất): mm

Di động: ☐ Không ☐ Có

Đau: ☐ Không ☐ Có

Khác:

2. Thương tổn cơ bản: (sơ phát, thứ phát, tính chất, loại phân bố, kích thước, hình dáng, màu sắc....)

Thương tổn da: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Thương tổn niêm mạc: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

.....

.....

.....

Mạch.....lần/ph Cân nặng.....kg

Nhiệt độ.....⁰C Chiều cao.....cm

Huyết áp...../.....mmHg SpO₂.....%

Nhịp thở.....lần/ph BMI.....

Xuất huyết ☐ Không ☐ Có:

dưới da: ☐ Chấm, nốt xuất huyết

☐ Mảng bầm da ☐ Tụ máu

Khác.....

Xuất huyết ☐ Không ☐ Có:

niêm mạc: ☐ Mắt ☐ Mũi

☐ Miệng ☐ Tiểu máu

☐ Rối loạn kinh nguyệt

Khác.....

.....

Phù: ☐ Không ☐ Có:

Vị trí phù: ☐ Chi dưới ☐ Chi trên

☐ Mặt ☐ Áo khoác

☐ Toàn thân

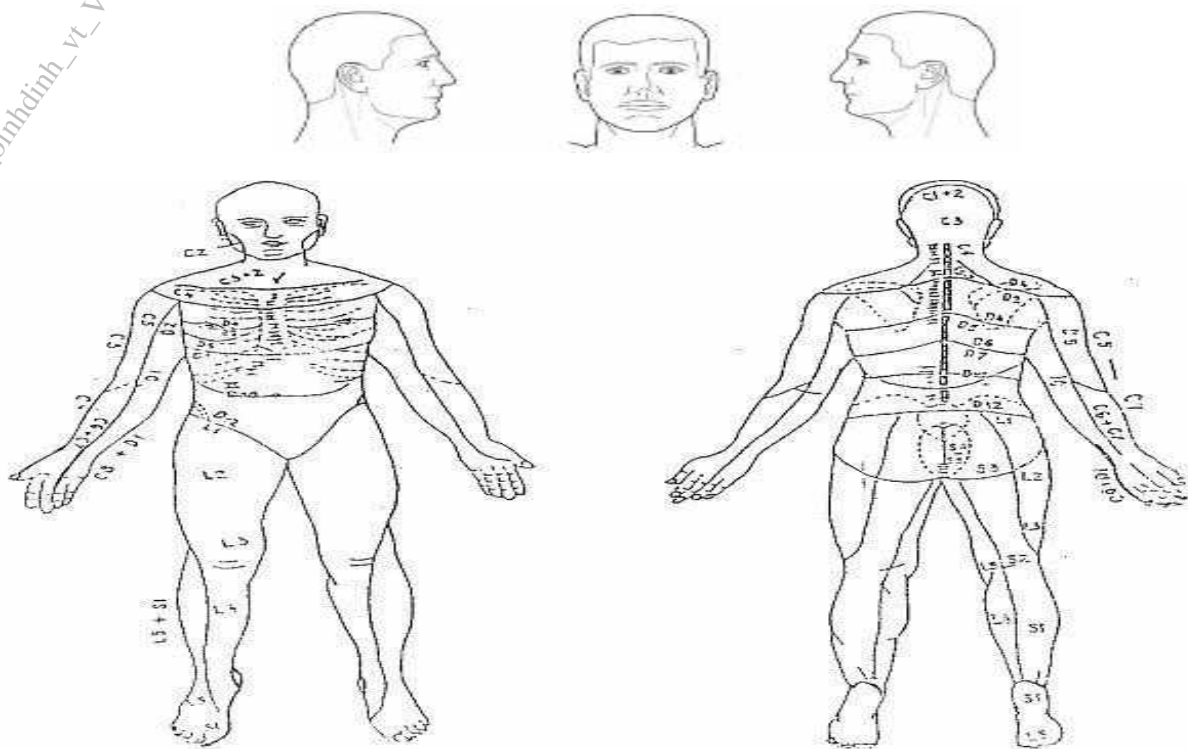
Khác.....

Tính chất: ☐ Mềm ☐ Cứng

Thương tổn tóc/lông: ☐ Không ☐ Có:
☐ Rụng tóc ☐ Rụng cả lông và tóc Khác:
Vị trí: ☐ Vùng đỉnh ☐ Vùng trán ☐ Vùng thái dương
☐ Vùng cằm Khác:
Đặc điểm: ☐ Sẹo ☐ Không sẹo
Kiểu hình: ☐ Kiểu hói nam ☐ Kiểu hói nữ ☐ Kiểu rụng thưa

Thương tổn móng: Khác:
Đặc điểm tổn thương: ☐ Không ☐ Có:
☐ Rỗ móng ☐ Dày sừng dưới móng ☐ Mụn móng
☐ Tách móng ☐ Móng màu vàng ☐ Khía chữ V
☐ Rãnh dọc móng Khác:
Vị trí tổn thương: ☐ Móng tay..... ☐ Móng chân.....
Triệu chứng cơ năng: ☐ Không ☐ Có:
☐ Ngứa ☐ Đau ☐ Rát ☐ Mất cảm giác

Khác:



3. Các cơ quan:

3.1. Tuần hoàn: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau ngực: ☐ Không ☐ Có: ☐ Điển hình ☐ Không điển hình
Hồi hộp đánh trống ngực: ☐ Không ☐ Có **Nhịp nhanh:** ☐ Không ☐ Có
Nhịp chậm: ☐ Không ☐ Có **Loạn nhịp:** ☐ Không ☐ Có
Mỏm tim đập lệch ☐ Không ☐ Có **Diện đập của tim rộng hơn:** ☐ Không ☐ Có
Tiếng tim mờ: ☐ Không ☐ Có ☐ T1 đánh ở mỏm ☐ T2 mạnh tách đôi
Thổi tâm thu: ☐ Không ☐ Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....; ☐ Rung miu)
Thổi tâm trương: ☐ Không ☐ Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....; ☐ Rung miu)
Rung tâm trương: ☐ Không ☐ Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....)
Thổi liên tục: ☐ Không ☐ Có (Vị trí:.....)
Tiếng thổi động mạch: ☐ Không ☐ Có (Vị trí:.....)

Khác:

3.2. Hô hấp: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
 Khó thở: ☐ Không ☐ Có
 Biến dạng lồng ngực: ☐ Không ☐ Có
 Gõ: ☐ Bình thường ☐ Đục ☐ Vang: vị trí.....
 Rì rào phế nang: ☐ Bình thường ☐ Giảm: vị trí.....
 Rung thanh: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm: vị trí.....
 Rale: ☐ Không ☐ Có: ☐ Rale ẩm ☐ Rale nổ ☐ Rale rít ☐ Rale ngứa
 Khác.....

Khác.

Khác.

Khác.

Khác.

3.7. Tai – mũi – họng:

Tai: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Mũi: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Thanh quản: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Khác:

3.8. Răng – hàm – mặt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Khác:

3.9. Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Khác:

3.10. Nội tiết - Dinh dưỡng:

Nội tiết: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Ăn uống: ☐ Bình thường ☐ Kém ☐ Không ăn uống được
Khác:

3.11. Bệnh lý khác:

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

5. Tóm tắt bệnh án:

.....
.....
.....
.....
.....

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:
2. Chẩn đoán phân biệt:
3. Chẩn đoán xác định:
 Bệnh chính:
 Bệnh kèm theo (nếu có):
 Biến chứng (nếu có):

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:
Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:
Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III
Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch
Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án
(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: :...../...../20.....	8. Ra viện: :..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
..... :...../...../20.....	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....
.....
.....
.....
.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này:

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ.....

Tại mắt: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ.....

Bản thân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ.....

Gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ.....

III. KHÁM BỆNH

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	Thị lực	
	Không kính	
	Có kính	
	Nhãn áp	
☐ Bình thường ☐ Bất thường		☐ Bình thường ☐ Bất thường
Mô tả:	Hốc mắt	Mô tả:
.....		
.....		
☐ Bình thường ☐ Bất thường	Tình trạng nhãn cầu	☐ Bình thường ☐ Bất thường
Mô tả:		Mô tả:
.....		
.....		
☐ Bình thường ☐ Bất thường	Vận nhãn	☐ Bình thường ☐ Bất thường
Mô tả:		Mô tả:
.....		
.....		
☐ Bình thường ☐ Bất thường	Lệ đạo	☐ Bình thường ☐ Bất thường
Mô tả:		Mô tả:
.....		
.....		

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

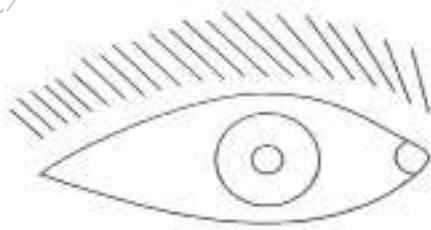
Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:



☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Mi mắt

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Kết mạc

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Giác mạc

☐ Bình thường ☐ Bất thường

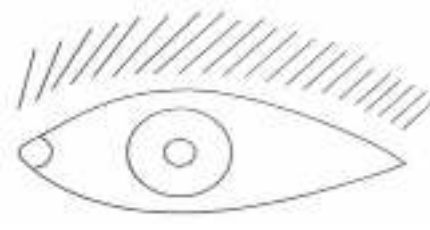
Mô tả:

Củng mạc

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Hình vẽ mô tả



Tiền phòng

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Mống mắt

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

**Đồng tử (Phân
xạ, hình dạng,
kích thước, ánh
đồng tử...)**

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Thể thủy tinh

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Dịch kính

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Đáy mắt



☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

.....
.....



☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

.....
.....

2. Toàn thân:

.....
.....
.....
.....

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....
.....

4. Tóm tắt bệnh án

.....
.....
.....
.....
.....

Mạch: lần/phút
Nhiệt độ: °C
Huyết áp: mmHg
Nhịp thở: lần/phút
Cân nặng: Kg
Chiều cao: cm

VI. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh và mã ICD kèm theo):

1. Chẩn đoán lúc vào viện (MP, MT):

2. Chẩn đoán phân biệt (MP, MT):

3. Chẩn đoán xác định (MP, MT):

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):

Biến chứng (nếu có):

VII. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VIII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III

Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....
.....
MT:.....
.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
.....
.....
.....
☒ Phẫu thuật ☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật
.....
.....
.....
.....
.....

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:
.....
.....
- Mắt phải:
.....
.....
- Mắt trái:
.....
.....
Thị lực ra viện: MP:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg
MT:.....
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... mmHg
MT:.....

4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:
.....
.....
.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

BỆNH ÁN RĂNG HÀM MẶT

MS: BA-12

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:/...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx): ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố: ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin: Điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: /...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: /...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

.....

.....

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Thực phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Yếu tố nguy cơ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc láo: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: ☐ Không ☐ Có: ☐ Thường xuyên ☐ Thỉnh thoảng ☐ Rất ít

Chất gây nghiện: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)

Tên bệnh:

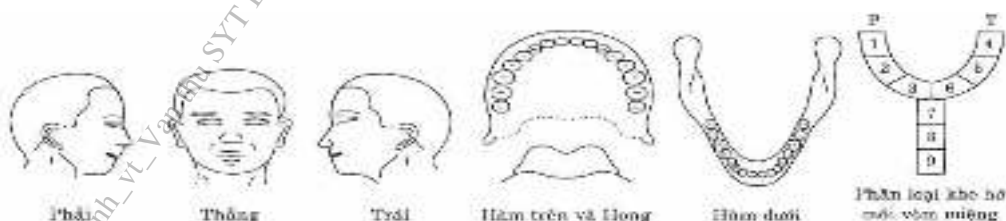
III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động,...)

Tỉnh, tiếp xúc tốt:	☐ Không ☐ Có	Mạch	lần/ph
Tỉnh, tiếp xúc chậm:	☐ Không ☐ Có	Nhiệt độ	°C
Mê:	☐ Không ☐ Có	Huyết áp	mmHg
Glasgow	điểm	Nhịp thở	lần/ph
Khác.....		Cân nặng	kg
		Chiều cao	cm

2. Bệnh chuyên khoa

Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện



- 1, 4 là khe hở môi
2, 5 là khe hở xương ổ răng
3, 6 là khe hở cung hàm
7, 8 là khe hở vòm miệng cứng
9 là khe hở vòm miệng mềm

3. Các cơ quan

Tuần hoàn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tiêu hoá: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thận - tiết niệu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thần kinh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Cơ - xương - khớp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Nội tiết, dinh dưỡng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Bệnh lý khác:

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

5. Tóm tắt bệnh án:

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:

2. Chẩn đoán phân biệt.....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III

Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án
(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: :..... :...../...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: :..... :...../...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
:..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
:..... :...../...../20.....	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật	Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Tiền sử bản thân:

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Thực phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh tiêu hóa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh nội tiết: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thần kinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thận-tiết niệu: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh cơ-xương-khớp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ung thư: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

.....

Yếu tố nguy cơ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc láo: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: ☐ Không ☐ Có: ☐ Thường xuyên ☐ thỉnh thoảng ☐ Rất ít

Chất gây nghiện: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)

Tên bệnh:

3. Yếu tố dịch tễ: ☐ Không ☐ Có:
- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh:Thời gian:.....
- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống:
- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương)

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân:

Tỉnh, tiếp xúc tốt: ☐ Không ☐ Có
Tỉnh, tiếp xúc chậm: ☐ Không ☐ Có
Mê: ☐ Không ☐ Có:
Glasgow:điểm
Khác:.....

Mạch .....lần/phút	Cân nặng .....kg
Nhiệt độ .....°C	Chiều cao .....cm
Huyết áp ...../.....mmHg	SpO ₂%
Nhịp thở .....lần/phút	BMI

2. Tai Mũi Họng:

Bộ phận	Triệu chứng/Dấu hiệu/ Mô tả
Tai phải:	☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ
Tai trái:	☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ
Hình thể ngoài mũi:	☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ
Hốc mũi phải:	☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ
Hốc mũi trái:	☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ

Hình vẽ



Vòm mũi họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ

.....
.....
.....
.....

P



T

Họng miệng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ

.....
.....
.....
.....

P



T

Hạ họng –
Thanh quản: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ

.....
.....
.....
.....

P



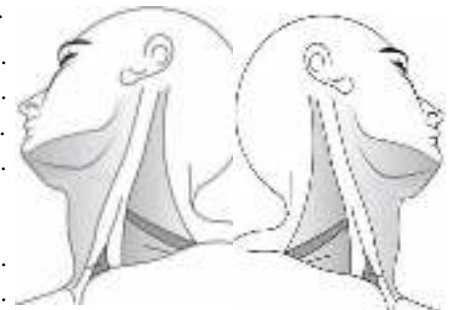
T

Vùng đầu cổ: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ

.....
.....
.....
.....

Hạch Cổ: ☐ Không ☐ Có:

.....
.....
.....
.....



P

T

Khác:

.....
.....
.....

3. Các cơ quan khác:

Răng – Hàm – ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Mặt:

Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Tuần hoàn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Tiêu hóa: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Thận – tiết niệu ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

– sinh dục:

Thần kinh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Cơ – xương – ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

khớp:

Bệnh lý khác:

.....

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

5. Tóm tắt bệnh án:

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:
2. Chẩn đoán phân biệt:
3. Chẩn đoán xác định:
- Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo (nếu có):
- Biến chứng (nếu có):

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Chế độ chăm sóc: ☐ Cấp I ☐ Cấp II ☐ Cấp III

Chế độ dinh dưỡng: ☐ Nuôi ăn đường miệng ☐ Nuôi qua ống thông ☐ Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn

☐ Tử vong ☐ Tiên lượng nặng xin về ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Giấy chứng nhận khuyết tật: (Dạng khuyết
tật.....; Mức độ KT:.....) ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: /...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: /...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....
2. Chẩn đoán ra viện:
Bệnh chính:.....
Bệnh kèm theo:.....
Biến chứng:
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

- ☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong ☐ Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày/...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Thực phẩm: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: ☐ Không ☐ Có: loại thuốc:

Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh hô hấp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh tiêu hóa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh nội tiết: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thần kinh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh thận-tiết niệu: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Bệnh cơ-xương-khớp: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Ung thư: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Khác:

Tiền sử phẫu thuật: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

Yếu tố nguy cơ: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc lào: ☐ Không ☐ Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: ☐ Không ☐ Có: ☐ Thường xuyên ☐ Thỉnh thoảng ☐ Rất ít

Chất gây nghiện: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: ☐ Không ☐ Có: ☐ Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)

Tên bệnh:

3. Yếu tố dịch tễ: ☐ Không ☐ Có:

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh: Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống:

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương)

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tình, tiếp xúc tốt: ☐ Không ☐ Có
Ngủ gà: ☐ Không ☐ Có
Lơ mơ: ☐ Không ☐ Có
Hôn mê: ☐ Không ☐ Có: Glasgowđiểm
Da, niêm mạc: ☐ Hồng ☐ Vàng ☐ Xanh xao
Khác.....
Kết mạc mắt: ☐ Bình thường ☐ Đỏ ☐ Vàng
Khác.....
Lưỡi: ☐ Bình thường
☐ Bẩn ☐ Gai lưỡi mòn/mắt
Khác.....
Lông, tóc, móng: ☐ Bình thường
☐ Rụng tóc ☐ Móng giòn dễ gãy
Khác.....
Tuyến giáp: ☐ Bình thường ☐ To ☐ Tiếng thổi
Hạch sờ được: ☐ Không ☐ Có:
Vị trí: ☐ Cổ ☐ Nách ☐ Bẹn
Khác.....
Số lượng: ☐ Một ☐ Nhiều hạch
Đường kính (hạch lớn nhất): mm
Di động: ☐ Không ☐ Có
Đau: ☐ Không ☐ Có

Khác.....

2. Các cơ quan

2.1. Tuần hoàn: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau ngực: ☐ Không ☐ Có: ☐ Điển hình ☐ Không điển hình
Hồi hộp đánh trống ngực: ☐ Không ☐ Có Nhịp nhanh: ☐ Không ☐ Có
Nhịp chậm: ☐ Không ☐ Có: Loạn nhịp: ☐ Không ☐ Có
Mỏm tim đập lệch ☐ Không ☐ Có: Diện đập của tim rộng hơn: ☐ Không ☐ Có
Tiếng tim mờ: ☐ Không ☐ Có: ☐ T1 đánh ở mỏm ☐ T2 mạnh tách đôi
Thổi tâm thu: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....; ☐ Rung miu)
Thổi tâm trương: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....; ☐ Rung miu)
Rung tâm trương: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....)
Thổi liên tục: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....)
Tiếng thổi động mạch: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....)

Khác.....

2.2. Hô hấp: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Khó thở: ☐ Không ☐ Có
Biến dạng lồng ngực: ☐ Không ☐ Có
Gõ: ☐ Bình thường ☐ Đục ☐ Vang: vị trí.....
Rì rào phế nang: ☐ Bình thường ☐ Giảm: vị trí.....

Rung thanh: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm: vị trí.....

Rale: ☐ Không ☐ Có: ☐ Rale ẩm ☐ Rale nổ ☐ Rale rít ☐ Rale ngáy

Khác.....

2.3. Tiêu hóa: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau bụng: ☐ Không ☐ Có: vị trí.....

Buồn nôn: ☐ Không ☐ Có

Nôn: ☐ Không ☐ Có: ☐ Máu tươi ☐ Máu thâm

Đại tiện phân có máu: ☐ Không ☐ Có: ☐ Máu tươi ☐ Máu thâm ☐ Phân đen

Tiêu chảy: ☐ Không ☐ Có: số lần:.....

Chướng bụng ☐ Không ☐ Có

Phản ứng thành bụng: ☐ Không ☐ Có

Lách: ☐ Bình thường ☐ Độ..... (1,2,3,4)

Gan: ☐ Bình thường ☐ To (.....cm dưới bờ sườn) ☐ Cổ trướng

☐ Tuần hoàn bàng hệ

Khác.....

2.4. Thận – tiết niệu: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Màu sắc nước tiểu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Màu sắc: Thể tích:.....ml/24h

Tiểu buốt: ☐ Không ☐ Có

Tiểu rắt: ☐ Không ☐ Có

Cầu bàng quang: ☐ Không ☐ Có

Đau điểm niệu quản: ☐ Không ☐ Có, vị trí:

Rung thận (+): ☐ Không ☐ Có

Khác.....

2.5. Thần kinh, tâm thần: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Cổ cứng: ☐ Không ☐ Có

Dấu hiệu màng não: ☐ Không ☐ Có

Cơ lực: ☐ Bình thường ☐ Giảm: vị trí.....

Trương lực cơ: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm: vị trí.....

Phản xạ gân xương: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm: vị trí.....

Liệt ½ người phải: ☐ Không ☐ Có Liệt ½ người trái: ☐ Không ☐ Có

Liệt 2 chi dưới: ☐ Không ☐ Có Liệt tứ chi: ☐ Không ☐ Có

Khác (Tri giác; vận động; cảm giác, phản xạ da, phản xạ bệnh lý; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợp; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác):

.....

.....

.....

.....

.....

2.6. Cơ – xương – khớp, cột sống:

Đau cơ: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Sưng đỏ khớp: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Hạn chế vận động khớp: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Teo cơ: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Đau khớp: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Đau cột sống: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Hạt Tophi: ☐ Không ☐ Có: vị trí

Dấu cứng khớp buổi sáng: ☐ Không ☐ Có

Khác (hình thể, chức năng; thử cơ bằng tay....)

2.7. Tai – mũi – họng:

Tai: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mũi: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thanh quản: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

2.8. Răng – hàm – mặt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

2.9. Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

2.10. Nội tiết - Dinh dưỡng

Nội tiết: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Ăn uống: ☐ Bình thường ☐ Kém ☐ Không ăn uống được

Khác:

2.11. Tình trạng đau (Mô tả vị trí, tính chất, mức độ...):

Vị trí đau: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tính chất: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mức độ: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Khác:

2.12. Bệnh lý khác:

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

4. Tóm tắt bệnh án:

IV. LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

1. Hoạt động chức năng

Vận động và di chuyển (thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại....)

.....

.....

.....

.....

.....

Chức năng sinh hoạt hàng ngày (mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện – tiểu tiện...)

.....

.....

.....

.....

.....

Nhận thức, giao tiếp (định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)

.....

.....

.....

.....

.....

Các chức năng khác (rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan...)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội)

.....

.....

.....

.....

.....

3. Yếu tố môi trường (Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)

.....

.....

.....

.....

.....

4. Yếu tố cá nhân (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách, ...)

.....

.....

.....

.....

.....

V. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

- Chẩn đoán lúc vào viện:
- Chẩn đoán phân biệt.....
- Chẩn đoán xác định:
Bệnh chính:
Bệnh kèm theo (nếu có):.....
Biến chứng (nếu có):.....

VI. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Những khó khăn chính trong hoạt động chức năng của người bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Mục tiêu điều trị PHCN (*mục tiêu cụ thể, đo lường được, thực tế, có thể đạt được và có thời gian hoàn thành*)

.....

.....

.....

.....

.....

3. Chương trình can thiệp PHCN: (*những bài tập, kỹ thuật, điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN ...nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra*)

.....

.....

.....

.....

.....

4. Điều trị các bệnh lý kèm theo và chế độ chăm sóc người bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án
(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng

.....

.....

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

.....

.....

.....

3. Phương pháp điều trị và PHCN

.....

.....

.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

Vận động và di chuyển:

.....

.....

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

.....

.....

Nhận thức:

.....

.....

Các chức năng khác:

.....

.....

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội:

.....

.....

Yếu tố môi trường và cá nhân:

.....

.....

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN.... nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị

(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐
3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
5. Dân tộc: ☐ ☐
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐
8. Họ và tên bố: Nghề nghiệp:
Họ và tên mẹ: Nghề nghiệp:
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Giấy chứng nhận khuyết tật: (Dạng khuyết tật.....; Mức độ KT:.....) ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến																				
<table><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr><tr><td>4. Vào khoa:</td><td> </td><td>...../...../20.....</td><td> </td></tr><tr><td>5. Chuyển khoa:</td><td> </td><td>...../...../20.....</td><td> </td></tr><tr><td></td><td> </td><td>...../...../20.....</td><td> </td></tr><tr><td></td><td> </td><td>...../...../20.....</td><td> </td></tr></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	4. Vào khoa:		/...../20.....		5. Chuyển khoa:		/...../20.....				/...../20.....				/...../20.....		7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
4. Vào khoa:		/...../20.....																			
5. Chuyển khoa:		/...../20.....																			
		/...../20.....																			
		/...../20.....																			
6. Tổng số ngày điều trị:	8. Ra viện: ngày...../...../20..... ☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
	☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

II. HỎI BỆNH

sy:binhdinh_kt_Kan thu 3 YT Binh Dinh_16/01/202

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

Khác:.....

Tên bệnh:

Cân nặng lúc sinh:kg.

Phát triển về vận động: ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Các bệnh lý khác:

Đã tiêm chủng: ☐ Lao ☐ Bạch liệt ☐ Sởi ☐ Ho gà ☐ Uốn ván ☐ Bạch hầu

☐ Tiêm chủng khác:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tri giác: ☐ Tỉnh ☐ Bứt rứt ☐ Ngủ gà ☐ Li bì ☐ Mê
Da, niêm mạc: ☐ Hồng ☐ Tái ☐ Vàng
Xuất huyết dưới da: ☐ Không ☐ Có, vị trí, đặc điểm:
Ban trên da: ☐ Không ☐ Có, vị trí, đặc điểm:
Môi: ☐ Hồng ☐ Tái ☐ Tím
Phù: ☐ Không ☐ Có, vị trí, tính chất:
Mắt nước: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Dinh dưỡng: ☐ Bình thường ☐ Suy dinh dưỡng ☐ Béo phì
☐ Sụt cân ☐ Bú kém/ăn kém ☐ Bỏ bú/bỏ ăn
Hạch: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Tuyến giáp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Khác:

Mạch.....lần/phút
Nhiệt độ.....^oC
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/phút
Cân nặng.....kg
Chiều cao.....cm
SpO₂.....%
BMI.....

2. Các cơ quan:

2.1. Tuần hoàn: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Hồi hộp đánh trống ngực: ☐ Không ☐ Có Đau ngực: ☐ Không ☐ Có
Khó thở: ☐ Không ☐ Có Nhịp nhanh: ☐ Không ☐ Có
Nhịp chậm: ☐ Không ☐ Có Loạn nhịp: ☐ Không ☐ Có
Nhịp tim bình thường.....chu kỳ/phút
Mỏm tim đập lệch: ☐ Không ☐ Có: ☐ Lệch trái ☐ Lệch phải
Diện đập của tim rộng hơn bình thường: ☐ Không ☐ Có
Tiếng tim mờ: ☐ Không ☐ Có: ☐ T1 mạnh ở mỏm ☐ T2 mạnh ☐ Tiếng ngựa phi
Thổi tâm thu: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....☐ Rung miu)
Rung tâm trương: ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....☐ Rung miu)
Thổi liên tục ☐ Không ☐ Có: (Vị trí:.....)
☐ Mạch nảy yếu ☐ Nổi vên ☐ Da tái, chi lạnh Refillgiây

Khác:

2.2. Hô hấp: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Ho: ☐ Không ☐ Có Ho nhiều về đêm và gần sáng: ☐ Không ☐ Có
Khò khè: ☐ Không ☐ Có Khò khè tái diễn: ☐ Không ☐ Có
Lồng ngực bình thường: ☐ Không ☐ Có Biến dạng lồng ngực: ☐ Không ☐ Có
Co kéo cơ hô hấp: ☐ Không ☐ Có Thở rên: ☐ Không ☐ Có
Thở nhanh: ☐ Không ☐ Có Khó thở: ☐ Không ☐ Có
Rút lõm ngực: ☐ Không ☐ Có Thở rít: ☐ Không ☐ Có
Chảy nước mũi ☐ Không ☐ Có Tính chất dịch mũi:.....

Rỉ rào phế nang: ☐ Bình thường ☐ Giảm - vị trí.....
 Rung thanh: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm - vị trí.....
 Rale: ☐ Không ☐ Có: ☐ Rale ẩm ☐ Rale nổ ☐ Rale rít ☐ Rale ngứa

Khác:

2.3. Tiêu hoá: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Nôn: ☐ Không ☐ Có: ☐ Nôn tất cả mọi thứ ☐ Nôn vọt

Chất nôn:

Phân: ☐ Bình thường ☐ Nát ☐ Táo bón ☐ Nhầy ☐ Máu ☐ Phân lỏng, số lần...../ngày

Đau bụng: ☐ Không ☐ Có: Vị trí ☐ Tính chất đau.....

Bụng: ☐ Mềm ☐ Chướng ☐ Phản ứng thành bụng ☐ Cảm ứng phúc mạc

Gan: ☐ Bình thường ☐ To Dưới bờ sườncm ☐ Cổ chướng

Lách: ☐ Bình thường ☐ To Độ(1, 2, 3, 4) ☐ Tuần hoàn bàng hệ

Hậu môn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Khác:

2.4. Thận - Tiết niệu - ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Sinh dục:

Đi tiểu: ☐ Bình thường ☐ Tiểu buốt ☐ Tiểu rất ☐ Tiểu ít hơn ngày bình thường

Màu sắc nước tiểu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Màu sắc thể tích.....ml/24h

Hở thận: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Bộ phận sinh dục: ngoài: ☐ Bình thường ☐ Bất thường

Khác:

2.5. Thần kinh, tâm thần: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Co giật: ☐ Không ☐ Có: số lần.....giật toàn thân ☐ Cục bộ

Tỉnh ngay sau giật: ☐ Tỉnh ngay sau giật ☐ Liên quan sốt cao ☐ Thời gian giậtphút

☐ Liệt/yếu vận động sau giật, vị trí.....

Cổ cứng: ☐ Không ☐ Có

Dấu hiệu màng não: ☐ Không ☐ Có

Cơ lực: ☐ Bình thường ☐ Giảm - vị trí.....

Trương lực cơ: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm - vị trí.....

Phản xạ gân xương: ☐ Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm - vị trí.....

Thần kinh sọ não: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Liệt ½ người phải: ☐ Không ☐ Có Liệt ½ người trái: ☐ Không ☐ Có

Liệt 2 chi dưới: ☐ Không ☐ Có Liệt tứ chi: ☐ Không ☐ Có

Khác (Tri giác; vận động; cảm giác, phản xạ da, phản xạ bệnh lý;; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hòa; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác):

2.6. Cơ - Xương - Khớp, cột sống

Cơ: ☐ Bình thường ☐ Đau cơ, vị trí.....

☐ Teo cơ, vị trí.....

Xương: ☐ Bình thường ☐ Đau xương, vị trí.....

☐ Biến dạng xương, vị trí.....

Khớp: ☐ Bình thường ☐ Đau khớp, vị trí.....

☐ Sưng đỏ khớp, vị trí.....

Khác (hình thể, chức năng; thử cơ bằng tay....):

2.7. Tai - Mũi - Họng, Răng - Hàm - Mặt, Mắt:

☐ Chưa phát hiện bất thường

☐ Bất thường, ghi rõ:

2.8. Bệnh lý khác:

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

4. Tóm tắt bệnh án:

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:

2. Chẩn đoán phân biệt.....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Những khó khăn chính trong hoạt động chức năng của người bệnh:

2. Mục tiêu điều trị PHCN (mục tiêu cụ thể, đo lường được, thực tế, có thể đạt được và có thời gian hoàn thành)

3. Chương trình can thiệp PHCN: (những bài tập, kỹ thuật, điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN ...nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

4. Điều trị các bệnh lý kèm theo và chế độ chăm sóc người bệnh:

Ngàytháng.....năm 20.....
Bác sỹ làm bệnh án

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

3. Phương pháp điều trị và PHCN

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

Vận động và di chuyển:

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

Nhận thức:

Các chức năng khác:

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội:

Yếu tố môi trường và cá nhân:

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN.... nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG:

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

2. Tiền sử bệnh:

- Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Bản thân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặngkg
Chiều cao cm

2. Các cơ quan

Tuần hoàn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tiêu hóa: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thận – tiết niệu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thần kinh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Cơ – xương – khớp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tai – mũi – họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Răng – hàm – mặt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Bệnh lý khác:.....

3. Tóm tắt các xét nghiệm, cận lâm sàng (có giá trị chẩn đoán, theo dõi bệnh):

4. Chẩn đoán lúc vào viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc):.....

6. Chẩn đoán khi ra viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

7. Điều trị ngoại trú từ ngày/...../20..... đến ngày/...../20.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Chẩn đoán khi ra viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Tình trạng ra viện:

☐ Khỏi

☐ Đỡ

☐ Không thay đổi

☐ Nặng hơn

☐ Tử vong

☐ Tiên lượng nặng xin về

☐ Chưa xác định

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ và tên (*In hoa*):

2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:

3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

4. Điện thoại:

5. Nghề nghiệp:

6. Dân tộc:

7. Quốc tịch:

8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....

Xã, phường:.....

Huyện (Q, Tx):.....

Tỉnh, thành phố:.....

9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác

10. Số thẻ BHYT:.....

11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:

12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này:

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ.....

Tại mắt: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ.....

Bản thân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ.....

Gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ.....

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI

BỘ PHÂN

MẮT TRÁI

Thị lực

Không kính

Có kính

Nhãn áp

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Hốc mắt

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

Tình trạng

☐ Bình thường ☐ Bất thường

nhãn cầu

Mô tả:

MẮT PHẢI

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

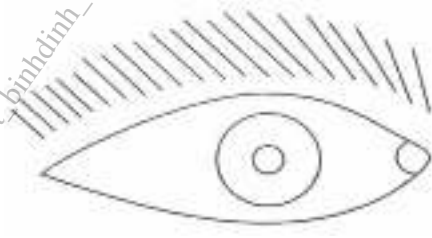
Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:



☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:



☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

.....

BỘ PHẬN

Vận nhãn

Lệ đạo

Mi mắt

Kết mạc

Giác mạc

Củng mạc

Hình vẽ mô tả

Tiền Phòng

Mống mắt

Đồng tử

(Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)

Thể thủy tinh

Dịch kính

Đáy mắt

MẮT TRÁI

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

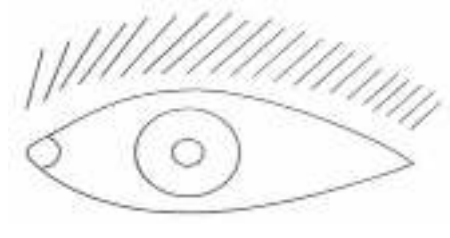
Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:



☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:



☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:

.....

2. **Toàn thân:** ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mạch: lần/phút
Nhiệt độ: °C
Huyết áp:/..... mmHg
Nhịp thở: lần/phút
Cân nặng: Kg
Chiều cao: cm

3. **Các xét nghiệm cần làm:** ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....
.....

4. **Tóm tắt bệnh án**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh và mã ICD kèm theo):

Bệnh chính (MP, MT):

Bệnh kèm theo MP, MT (nếu có):

Biến chứng MP, MT (nếu có):

V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện:

MP:.....

MT:.....

Phương pháp điều trị:

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

.....

.....

☐ Phẫu thuật

☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tình trạng ra viện:

Toàn trạng:

.....

.....

Mắt phải:

.....

Mắt trái:

.....

.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:.....

Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

Thị lực chỉnh kính: MP:..... MT:.....

MT:..... mmHg

3. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị

(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:/...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

II. HỒI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này:

- Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Bản thân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mạch: lần/phút
Nhiệt độ: °C
Huyết áp:/..... mmHg
Nhịp thở: lần/phút
Cân nặng: Kg
Chiều cao: cm

2. Khám chuyên khoa

Ngoài miệng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Trong miệng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

4. Tóm tắt bệnh án:

IV. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):

Biến chứng (nếu có):

V. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

VI. QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

Ngày	Diễn biến bệnh	Xử trí	Ghi chú

VII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ

Điều trị từ ngày/...../20..... đến ngày...../...../20.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS: BA-19
Số bệnh án:
Mã người bệnh:.....

A. THÔNG TIN CHUNG:

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐
3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: ☐ ☐
6. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐
Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
8. Họ và tên bố: Nghề nghiệp:
Họ và tên mẹ: Nghề nghiệp:
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Giấy chứng nhận khuyết tật: (Dạng khuyết
tật.....; Mức độ KT:.....) ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:.....

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

2. Tiền sử bệnh:

- Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Bản thân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặngkg
Chiều cao cm

2. Các cơ quan

Tuần hoàn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tiêu hóa: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thận – tiết niệu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thần kinh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Cơ – xương – khớp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tai – mũi – họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Răng – hàm – mặt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Bệnh lý khác:.....

3. Tóm tắt các xét nghiệm, cận lâm sàng (có giá trị chẩn đoán, theo dõi bệnh):

4. Chẩn đoán lúc vào viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

.....

5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc):.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Chẩn đoán khi ra viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

.....

7. Điều trị ngoại trú từ ngày/...../20..... đến ngày/...../20.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN:

3. Phương pháp điều trị và PHCN:

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN.... nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: :..... :...../...../20.....	8. Ra viện: :..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: :..... :...../...../20..... :..... :...../...../20..... :..... :...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị:	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong ☐ Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: ☐ Giờ thứ: của bệnh ☐ Ngày thứ: của bệnh ☐ Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị trước khi đến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

.....

2. Tiền sử bệnh:

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có - Ghi rõ:

Đang dùng thuốc chống đông: ☐ Không ☐ Có - Ghi rõ:

Thuốc dùng khác: ☐ Không ☐ Có - Ghi rõ:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Chưa phát hiện bất thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mạch.....lần/phút
Nhiệt độ.....^oC
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/phút
Cân nặng.....kg
Chiều cao.....cm
SpO₂.....%

2. Các cơ quan

Tuần hoàn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

Tiêu hóa: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

Thận – tiết niệu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

Thần kinh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

Cơ – xương – khớp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

Tai – mũi – họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

Răng – hàm – mặt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

.....

Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:.....

Bệnh lý khác:

3. Các xét nghiệm cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA CẤP CỨU (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:
2. Chẩn đoán phân biệt:
3. Chẩn đoán xác định:
- Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo (nếu có):
- Biến chứng (nếu có):

V. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị tại khoa cấp cứu:
2. Điều trị đã thực hiện:
3. Kết luận sau điều trị:
4. Chuyển sang khám ngoại trú: ☐ Không ☐ Có: ☐ Đơn thuốc ☐ Quay lại khám nếu có triệu chứng ☐ Chỉ định khác.....
5. Yêu cầu nhập viện: ☐ Không ☐ Có - Lý do nhập viện: tại khoa.....
6. Nếu chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác:
- Lý do chuyển viện:
- Tình trạng trước khi chuyển viện:

Ngày.....tháng..... năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật: ☐ Có, ghi rõ phương pháp:

5. Tình trạng ra viện:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định.

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

Thông tin về người bệnh	Họ và tên :					Tuổi:	
	Địa chỉ:					Điện thoại:	
	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ			Nghề nghiệp:			
Thời gian, địa điểm, quãng đường cấp cứu	Nhận cuộc gọi: giờ phút, ngày...../...../20.....			Đến hiện trường:	Đến bệnh viện:	Quay về cơ sở KBCB:	
	Hiện trường CC: ☐ Tại nhà ☐ Nơi công cộng ☐ Cơ sở y tế ☐ Sông hồ ☐ Nơi làm việc ☐ Khác						
	Địa chỉ cấp cứu			Phường/xã:		Quận huyện :	
	Quãng đường (km):		Nơi xuất phát → Hiện trường :		Hiện trường → BV:		BV → Trạm
	Lý do gọi cấp cứu	Chấn thương		Bệnh lý		Khác		Đánh dấu (x) vào vị trí tổn thương
☐ TNGT		☐ Do hóa khí	☐ Tim mạch	☐ Thận tiết niệu	☐ Động vật cắn		
☐ Tai nạn sinh hoạt		☐ Tai nạn LĐ	☐ Hô hấp	☐ Cơ xương khớp	☐ Côn trùng đốt		
☐ Điện giật		☐ Ngã cao	☐ Tiêu hóa	☐ Truyền nhiễm	☐ Ngộ độc		
☐ Ngạt nước		☐ Bỏng	☐ Thần kinh	☐ Khác	☐ Say nóng/nắng		
Tiền sử, bệnh sử							
Khám và chẩn đoán	Điểm Glasgow:	Mạch(l/p):	HA (mmHg):	Nhịp thở(l/p):	SpO2(%)	Nhiệt độ(C):	
	Khám cấp cứu						
	Chẩn đoán ban đầu:						
Xử trí cấp cứu	☐ Heimlich		☐ Thở Ô xy		Xử trí khác:		
	☐ Nâng cằm, đẩy hàm		☐ Bóp bóng				
	☐ Lấy dị vật		☐ Thở máy				
	☐ đặt canuynl		☐ Cầm máu				
	☐ Nội khí quản		☐ CPR				
	☐ Chọc màng N-G		☐ Nẹp cổ				
	☐ Mở KQ		☐ Nẹp chi				
	☐ Hút đờm dãi		☐ Ván cứng				
Kết quả xử trí ban đầu	Tử vong:		☐ Tại nhà, hiện trường		☐ Trên đường đến bệnh viện		☐ khi đến bệnh viện
			☐ Cải thiện		☐ Không thay đổi		☐ Xấu đi
	Còn sống:		☐ Để lại		☐ Chuyển viện		☐ Khác
Tình trạng sau cấp cứu (còn sống)	Điểm Glasgow:	Mạch (l/p):	HA (mmHg):	Nhịp thở (l/p):	SpO ₂ (%)	Nhiệt độ (C):	
Đến CSYT	Nơi tiếp nhận:			Thời điểm bàn giao: giờ phút, ngày tháng năm 20			

Người tiếp nhận
(Ký, ghi rõ họ tên)

Người chuyển người bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

Sở Y tế:
Trung tâm y tế:
Trạm y tế xã, phường:

BỆNH ÁN
(Dùng cho tuyến xã, phường)

MS: BA-22
Số nhập trạm y tế:

A. THÔNG TIN CHUNG:

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:/...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx): ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố: ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin: Điện thoại:

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

2. Tiền sử bệnh:

- Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Bản thân: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:
Gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mạch lần/ph
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Cân nặngkg
Chiều cao cm

2. Các cơ quan

- Tuần hoàn: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:
Hô hấp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tiêu hóa: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thận – tiết niệu: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Thần kinh: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Cơ – xương – khớp: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Tai – mũi – họng: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Răng – hàm – mặt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Mắt: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:

Bệnh lý khác:.....

3. Xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:

4. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào trạm (Tên bệnh, mã ICD kèm theo):

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị :

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Y, Bác sỹ làm bệnh án

PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ
(Dùng cho bệnh án tuyển xã, phường)

[illegible]

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...):

.....
.....
.....
.....
.....

2. Phương pháp điều trị:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Chẩn đoán khi ra trạm:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):

4. Ra trạm: giờ phút, ngày tháng năm 20.....

5. Tổng số ngày điều trị: ngày.

6. Tình trạng người bệnh khi ra trạm:

- ☐ Khỏi
- ☐ Đỡ
- ☐ Không thay đổi
- ☐ Nặng hơn
- ☐ Tử vong
- ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Chưa xác định

7. Tình hình tử vong:

Tử vong lúc : , ngày / / 20.....

Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào Trạm ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào Trạm
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào Trạm

Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

8. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Trưởng Trạm Y tế

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Y, Bác sỹ điều trị

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:/...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx): ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố: ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin: Điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
4. Vào khoa: /...../20.....	7. Nơi chuyển đi:.....
5. Chuyển khoa: /...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
...../...../20.....	8. Ra viện::..... ngày...../...../20.....
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

A. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:.....

1. Quá trình bệnh:

- Tuổi, hoàn cảnh gây lác:.....

- Tiến triển của bệnh và quá trình điều trị:.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Dị ứng : ☐ Không ☐ Có

+ Bản thân:.....

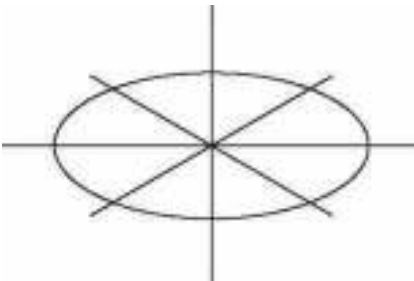
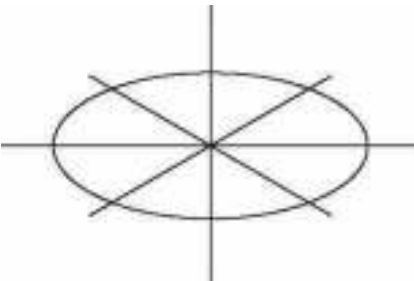
☐ Chưa phát hiện bệnh lý ☐ Bệnh lý:.....

+ Gia đình (tính chất di truyền về lác, tật khúc xạ):.....

III. Khám bệnh:

1. Bệnh chuyên khoa:

		MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
Khúc xạ liệt điều tiết Loại thuốc:			
Thị lực	Không kính		
	Có kính		
	Số kính		
Nhãn áp (mmHg) Nhãn áp kế:			

KHÁM VẬN NHÃN	MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
☐ Bình thường		
☐ Gia tăng (+1) (+2) (+3) (+4)		
☐ Hạn chế (-1) (-2) (-3) (-4)		

THỬ NGHIỆM CHE MẮT

☐ Không trả

☐ Trả trong ra

☐ Trả ngoài vào

☐ Trả đứng

☐ Trả chéo

ĐỘ LÁC: Hirschberg
(Lăng kính)

Synoptophore

MẮT CHỦ ĐẠO: ☐ Mắt phải

HÌNH THÁI VÀ TÍNH CHẤT LÁC: ☐ Mắt phải ☐ Mắt trái ☐ 2 Mắt

HỘI CHỨNG: ☐ Không ☐ Có:

THỊ GIÁC 2 MẮT (Synoptophore, Lang test, Timus test, thử nghiệm Worth...): ☐ Không ☐ Có

Synoptophore

Loại test khác:

Mức độ: Đồng thị

Giây cung

Hợp thị

Phù thị

Biên độ hợp thị

TƯƠNG ỨNG VÒNG MẠC: ☐ Bình thường ☐ Bất bình thường

SONG THỊ: (thử bằng đèn khe để cách mắt bệnh nhân 50cm. MP đeo kính đỏ, MT đeo kính xanh)

☐ Không

☐ Có

SƠ ĐỒ SONG THỊ

MP

MT

TƯ THẾ BÙ TRỪ CỦA ĐẦU, MẶT CỔ: ☐ Không ☐ Có:

ĐIỂM CẬN QUY TỤ: **ĐIỂM CẬN ĐIỀU TIẾT:**

TỶ SỐ AC/A:

ĐỊNH THỊ:

ĐỊNH THỊ

MẮT PHẢI

MẮT TRÁI

Trung tâm

☐

☐

Cạnh tâm

☐

☐

Ngoại tâm

☐

☐

RUNG GIẬT NHẢY CẦU: ☐ Không ☐ Có:

Góc hãm : ☐ Không ☐ Có:

2. Khám mắt:

MẮT PHẢI ☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI ☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Mi mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Kết mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Phần trước nhãn cầu	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Phần sau nhãn cầu và đáy mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:

3. Toàn thân

☐ Chưa có biểu hiện bệnh lý

☐ Bệnh lý

Mô tả:

Mạch:..... Lần/phút

Nhiệt độ:..... °C

Huyết áp:..... mmHg

Nhịp thở:.....lần/phút

Cân nặng:..... Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

V. TÓM TẮT:

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính:

MP:.....
.....

MT:.....
.....

Bệnh kèm theo:

MP:.....
.....

MT:.....
.....

Phân biệt:

MP:.....
.....

MT:.....
.....

VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

.....
.....
.....

VIII. TIÊN LƯỢNG:

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....
.....
MT:.....
.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
.....
.....
.....
☐ Phẫu thuật ☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật
.....
.....
.....
.....
.....

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:
.....
.....
- Mắt phải:
.....
.....
- Mắt trái:
.....
.....

Thị lực ra viện:	MP:.....	MT:.....	Nhãn áp ra viện:	MP:.....	mmHg
Thị lực chỉnh kính	MP:.....	MT:.....		MT:.....	mmHg

4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:/...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx): ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố: ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin: Điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

- | 1. Vào viện: :..... ngày...../...../20..... | 3. Nơi chuyển đến:..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|----------------------|---------|--------------|----------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------------|--|----------------------|---------------------|----------------------|--|----------------------|---------------------|----------------------|------------------------|
| 2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác | Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td>4. Vào khoa:</td><td><input type="text"/></td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>5. Chuyển khoa:</td><td><input type="text"/></td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td></td><td><input type="text"/></td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td></td><td><input type="text"/></td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table> | Khoa | Giờ | Ngày | Số ngày | 4. Vào khoa: | <input type="text"/> |/...../20..... | <input type="text"/> | 5. Chuyển khoa: | <input type="text"/> |/...../20..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |/...../20..... | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |/...../20..... | <input type="text"/> | 7. Nơi chuyển đi:..... |
| Khoa | Giờ | Ngày | Số ngày | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Vào khoa: | <input type="text"/> |/...../20..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Chuyển khoa: | <input type="text"/> |/...../20..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="text"/> |/...../20..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="text"/> |/...../20..... | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> | Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8. Ra viện: :..... ngày...../...../20..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....
2. Chẩn đoán ra viện:.....
Bệnh chính:.....
Bệnh kèm theo:.....
Biến chứng:
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

- ☐ Khỏi ☐ Đờ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong ☐ Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày/...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (Nguyên nhân, thời gian chấn thương, địa điểm chấn thương các phương pháp đã điều trị, diễn biến sau điều trị)

2. Tiền sử bệnh:

+ Dị ứng : ☐ Không ☐ Có

+ Tại mắt:.....

+ Toàn thân:.....

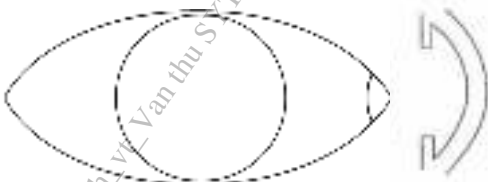
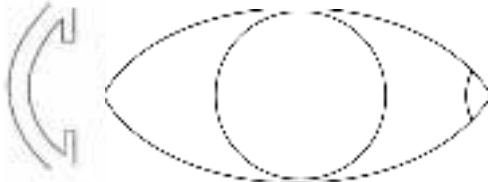
+ Gia đình:.....

III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	Thị lực Không kính Có kính	
	Nhãn áp	
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Dị vật..... ☐ Tụ máu hốc mắt..... ☐ Vỡ thành hốc mắt..... Khác:	Hốc mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Dị vật..... ☐ Tụ máu hốc mắt..... ☐ Vỡ thành hốc mắt..... Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không có NC (mức,cắt bỏ) ☐ NC không nguyên vẹn (thủng, rách, vỡ) ☐ Teo nhãn ☐ Lồi ☐ Độ lồi..... Khác:	Tình trạng nhãn cầu	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không có NC (mức,cắt bỏ) ☐ NC không nguyên vẹn (thủng, rách, vỡ) ☐ Teo nhãn ☐ Lồi ☐ Độ lồi..... Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Lác ☐ Rung giật nhãn cầu ☐ Hạn chế vận nhãn	Vận nhãn	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Lác ☐ Rung giật nhãn cầu ☐ Hạn chế vận nhãn

Khác:		Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Đứt LQ trên ☐ Đứt LQ dưới ☐ Đứt LQ chung Khác:	Lệ đạo	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Đứt LQ trên ☐ Đứt LQ dưới ☐ Đứt LQ chung Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Tụ máu, sưng nề ☐ Trần khí dưới da ☐ Rách mi: ☐ Lốp ☐ Toàn bộ chiều dày ☐ Bờ mi ☐ Mất tổ chức Vị trí: ☐ Đã khâu ☐ Sụp mí độ: ☐ Quặm mí: ☐ Mi trên ☐ Mi dưới ☐ Hở mí Khác:	Mi mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Tụ máu, sưng nề ☐ Trần khí dưới da ☐ Rách mi: ☐ Lốp ☐ Toàn bộ chiều dày ☐ Bờ mi ☐ Mất tổ chức Vị trí: ☐ Đã khâu ☐ Sụp mí độ: ☐ Quặm mí: ☐ Mi trên ☐ Mi dưới ☐ Hở mí Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Xuất huyết ☐ Cương tụ: ☐ Tỏa lan ☐ Rìa ☐ Rách kết mạc ☐ Dị vật kết mạc ☐ Thiếu máu rìa Khác:	Kết mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Xuất huyết ☐ Cương tụ: ☐ Tỏa lan ☐ Rìa ☐ Rách kết mạc ☐ Dị vật kết mạc ☐ Thiếu máu rìa Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Phù..... ☐ Sẹo..... ☐ Dị vật..... ☐ Ngấm máu..... ☐ Trợt..... ☐ Rách: Kích thước..... Vị trí..... ☐ Rách gọn ☐ Nham nhở ☐ Mất tổ chức ☐ Kẹt tổ chức nội nhãn ☐ Đã khâu: ☐ Đúng giải phẫu ☐ Không đúng giải phẫu	Giác mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Phù..... ☐ Sẹo..... ☐ Dị vật..... ☐ Ngấm máu..... ☐ Trợt..... ☐ Rách: Kích thước..... Vị trí..... ☐ Rách gọn ☐ Nham nhở ☐ Mất tổ chức ☐ Kẹt tổ chức nội nhãn ☐ Đã khâu: ☐ Đúng giải phẫu ☐ Không đúng giải phẫu

Khác:		Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Rách Kích thước..... Vị trí..... ☐ Đã khâu ☐ Chưa khâu ☐ Kẹt tổ chức ☐ Dị vật..... Khác:	Củng mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Rách Kích thước..... Vị trí..... ☐ Đã khâu ☐ Chưa khâu ☐ Kẹt tổ chức ☐ Dị vật..... Khác:
 Vùng tổn thương:..... ☐ Vùng 1 ☐ Vùng 2 ☐ Vùng 3	Lược đồ	 Vùng tổn thương:..... ☐ Vùng 1 ☐ Vùng 2 ☐ Vùng 3
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được ☐ Sâu ☐ Nông ☐ Xẹp TP ☐ Chất thể thủy tinh ☐ Xuất huyết độ..... ☐ Mủ..... ☐ Xuất tiết..... ☐ Tyndall..... ☐ Dị vật..... Khác:	Tiền Phòng	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được ☐ Sâu ☐ Nông ☐ Xẹp TP ☐ Chất thể thủy tinh ☐ Xuất huyết độ..... ☐ Mủ..... ☐ Xuất tiết..... ☐ Tyndall..... ☐ Dị vật..... Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được ☐ Đứt chân móng mắt..... ☐ Mất móng mắt..... ☐ Rách, thủng móng mắt..... Khác:	Móng mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được ☐ Đứt chân móng mắt..... ☐ Mất móng mắt..... ☐ Rách, thủng móng mắt..... Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được ☐ Tròn ☐ Méo ☐ Dính vị trí..... ☐ Giãn liệt Kích thước .....mm. ☐ Phản xạ: ☐ Tốt ☐ Kém ☐ Mất ☐ RAPD ☐ Ánh đồng tử: ☐ Hồng ☐ Tối.....	Đồng tử (Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được ☐ Tròn ☐ Méo ☐ Dính vị trí..... ☐ Giãn liệt Kích thước .....mm. ☐ Phản xạ: ☐ Tốt ☐ Kém ☐ Mất ☐ RAPD ☐ Ánh đồng tử: ☐ Hồng ☐ Tối.....

Khác:		Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được Còn thể thủy tinh: ☐ Có ☐ Không ☐ Trong ☐ Đục ☐ Vỡ ☐ Dị vật ☐ Lệch thể thủy tinh: ☐ Ra tiền phòng ☐ Vào buồng dịch kính ☐ IOL ☐ Lệch IOL ☐ Đục bao sau Khác:	Thể thủy tinh	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được Còn thể thủy tinh: ☐ Có ☐ Không ☐ Trong ☐ Đục ☐ Vỡ ☐ Dị vật ☐ Lệch thể thủy tinh: ☐ Ra tiền phòng ☐ Vào buồng dịch kính ☐ IOL ☐ Lệch IOL ☐ Đục bao sau Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được ☐ Trong ☐ Đục ☐ Viêm mủ..... ☐ Xuất huyết..... ☐ Tổ chức hóa ☐ Bong dịch kính sau ☐ Dị vật..... Khác:	Dịch kính	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được ☐ Trong ☐ Đục ☐ Viêm mủ..... ☐ Xuất huyết..... ☐ Tổ chức hóa ☐ Bong dịch kính sau ☐ Dị vật..... Khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi được đáy mắt Đĩa thị: ☐ Bình thường ☐ C/D..... ☐ Phù gai..... ☐ Bạc màu gai thị..... Võng mạc: ☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Xuất huyết..... ☐ Bong võng mạc..... ☐ Vết rách võng mạc..... ☐ Dị vật..... ☐ Sẹo võng mạc..... Khác:..... Hệ mạch: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Khác:..... ☐ Bong hắc mạc ☐ Rạn màng Bruch Khác:	Đáy mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi được đáy mắt Đĩa thị: ☐ Bình thường ☐ C/D..... ☐ Phù gai..... ☐ Bạc màu gai thị..... Võng mạc: ☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Xuất huyết..... ☐ Bong võng mạc..... ☐ Vết rách võng mạc..... ☐ Dị vật..... ☐ Sẹo võng mạc..... Khác:..... Hệ mạch: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Khác:..... ☐ Bong hắc mạc ☐ Rạn màng Bruch Khác:

.....		
.....		

2. Toàn thân

☐ Chưa có biểu hiện bệnh lý

☐ Bệnh lý

Mạch:..... Lần/phút
Nhiệt độ:..... °C
Huyết áp:..... mmHg
Nhịp thở:..... lần/phút
Cân nặng:..... Kg

Mô tả:.....
.....
.....

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

.....
.....
.....

V. TÓM TẮT:

.....
.....
.....

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính:

MP:.....
.....

MT:.....
.....

Bệnh kèm theo:

MP:.....
.....

MT:.....
.....

Phân biệt:

MP:.....
.....

MT:.....
.....

VII.HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

.....
.....
.....

VIII. TIÊN LƯỢNG:

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....
BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....
.....
MT:.....
.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
.....
.....
.....
☐ Phẫu thuật ☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:
.....
- Mắt phải:
.....
- Mắt trái:
.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:
.....
.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại:
5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: /...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: /...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....
2. Chẩn đoán ra viện:
- Bệnh chính:.....
- Bệnh kèm theo:.....
- Biến chứng:
- ☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

- ☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Tử vong ☐ Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày/...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
- ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. BỆNH ÁN

- I. Lý do vào viện:** ☐ MP ☐ MT

1. Nhức mắt:
- ☐ dữ dội ☐ vừa ☐ nhẹ ☐ không
2. Nhìn:

☐ mờ đột ngột

☐ mờ từng lúc

☐ sương mù

☐ không mờ

☐ mờ tăng dần

☐ nhìn thu hẹp

☐ quang tán sắc

3. Sợ ánh sáng, chảy nước mắt:

☐ có

☐ không

4. Đỏ mắt:

☐ có

☐ không

5. Triệu chứng toàn thân:

☐ đau đầu

☐ nôn

☐ buồn nôn

☐ không

6. Các triệu chứng khác:.....

II. Hỏi bệnh:.....

1. Quá trình bệnh:.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.1. Cơ sở y tế đã khám và điều trị:☐ Trung ương☐ Khác.....

1.2. Phương pháp điều trị:☐ Phẫu thuật☐ Thuốc☐ Laser

sy_t_binh	Mắt phải				Mắt trái			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Loại phẫu thuật Thủ thuật								
	1. Cắt bè CGM		2. Cắt bè+CCH		3. Cắt CMS		4. Cắt CMS+CCH	
	5. Cắt MM ngoại vi		6. Van dẫn lưu		7. Quang đông TM		8. Lạnh đông TM	
	9. Sửa sẹo bong		10. Kẹt củng mạc		11. Laser MM ngoại vi		12. Laser tạo hình MM	
	13. Laser tạo hình bè		14. Khác (CB+TTT; CB+CDK-BVM ...)					
Thời điểm Phẫu Thuật								
Nơi phẫu thuật								
	1. Bệnh viện huyện		2. Bệnh viện tỉnh		3. Bệnh viện trung ương		4. Nơi khác	

1.3.Thuốc hạ nhãn áp đã dùng:

☐ uống☐ tra mắt☐ tiêm

☐ 1 thuốc☐ 2 thuốc☐ 3 thuốc☐ 4 thuốc

STT	Tên thuốc	Đường dùng	Liều dùng	Thời gian đã dùng	Ghi chú (Lý do thay cắt thuốc)

1.4.Các thuốc khác:.....

.....

2. Tiền sử bệnh: Dị ứng☐ Không☐ Có

2.1. Tiền sử bệnh mắt

Mắt phải			Mắt trái		
☐ Có	☐ Không		☐ Có	☐ Không	
☐ Cận thị	☐ Viễn thị	☐ Chấn thương	☐ Cận thị	☐ Viễn thị	☐ Chấn thương

☐ Viêm màng bồ đào ☐ Viêm phần trước nhãn cầu ☐ Tắc TMTTVM ☐ Đã PT mắt: ☐ Bệnh khác: ☐ Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. Tên thuốc: - Thời gian sử dụng: - Đường dùng: ☐ Tra mắt ☐ Tiêm mắt ☐ Toàn thân ☐ Theo chỉ định của bác sỹ ☐ Bệnh nhân tự dùng thuốc	☐ Viêm màng bồ đào ☐ Viêm phần trước nhãn cầu ☐ Tắc TMTTVM ☐ Đã PT mắt: ☐ Bệnh khác: ☐ Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. Tên thuốc: - Thời gian sử dụng: - Đường dùng: ☐ Tra mắt ☐ Tiêm mắt ☐ Toàn thân ☐ Theo chỉ định của bác sỹ ☐ Bệnh nhân tự dùng thuốc
--	--

2.2.Tiền sử bệnh toàn thân ☐ Có ☐ Không

☐ Tim mạch ☐ Huyết áp (cao, thấp) ☐ Đái đường

☐ Thông động mạch cảnh – xoang hang ☐ Bệnh khác:

2.3.Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình ☐ Có ☐ Không

☐ ông, bà ☐ bố, mẹ

☐ anh, chị, em ☐ cô, dì, chú, bác

III. Khám bệnh:

1. Khám Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	Thị lực Không kính Có kính	
	Nhãn áp	
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Tình trạng nhãn cầu	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Vận nhãn	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Lệ đạo	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Mi mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:

☐ Bình thường☐ Bất thường ☐ Có☐ Không ☐ Có☐ Không Vị trí:..... ☐ Tốt☐ Dẹt☐ Xơ☐ Mỏng☐ Quá phát Mô tả:	Kết mạc Cương tụ Sẹo mổ cũ Bọng dò	☐ Bình thường☐ Bất thường ☐ Có☐ Không ☐ Có☐ Không Vị trí:..... ☐ Tốt☐ Dẹt☐ Xơ☐ Mỏng☐ Quá phát Mô tả:
☐ Bình thường☐ Bất thường	Giác mạc	☐ Bình thường☐ Bất thường
☐ Trong☐ Đục	Tình trạng trong suốt	☐ Trong☐ Đục
☐ Có☐ Không Mức độ:.....	Phù nề, bọng biểu mô	☐ Có☐ Không Mức độ:.....
.....	Độ dày giác mạc	.....
.....	Đường kính Gm	.....
.....	Tủa (số lượng, vị trí)	.....
Mô tả:		Mô tả:
☐ Bình thường☐ Bất thường ☐ Có☐ Không ☐ Có☐ Không Vị trí:..... Mô tả:	Củng mạc Dẫn lối Sẹo mổ	☐ Bình thường☐ Bất thường ☐ Có☐ Không ☐ Có☐ Không Vị trí:..... Mô tả:
☐ Bình thường☐ Bất thường mm < 1/4. 1/4.1/2 ≥ GM 	Tiền Phòng Độ sâu (P.P Smith) P.p Herick Góc tiền phòng	☐ Bình thường☐ Bất thường mm < 1/4. 1/4.1/2 ≥ GM 
☐ Tân mạch góc:..... ☐ Vị trí góc:..... ☐ Sắc tố:..... ☐ U:..... Khác:.....	Dấu hiệu khác	☐ Tân mạch góc:..... ☐ Vị trí góc:..... ☐ Sắc tố:..... ☐ U:..... Khác:.....
☐ Bình thường☐ Bất thường ☐ Có☐ Không Mức độ:..... ☐ Có☐ Không	Mống mắt Màu sắc Tình trạng thoái hóa Tân mạch	☐ Bình thường☐ Bất thường ☐ Có☐ Không Mức độ:..... ☐ Có☐ Không

Mô tả:.....		Mô tả:.....
☐ Tròn ☐ Méo ☐ Bình thường ☐ Giảm ☐ Mất	Đồng tử Đường kính Viền sắc tố Phản xạ	☐ Tròn ☐ Méo ☐ Bình thường ☐ Giảm ☐ Mất
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Trong ☐ Đục ☐ Nhân ☐ Vỏ ☐ Dưới bao ☐ Toàn bộ ☐ Lệch ☐ Iol ☐ Không T3 ☐ Khác Mô tả:	Thể thủy tinh	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Trong ☐ Đục ☐ Nhân ☐ Vỏ ☐ Dưới bao ☐ Toàn bộ ☐ Lệch ☐ Iol ☐ Không T3 ☐ Khác Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Dịch kính	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi rõ ☐ Có ☐ Không ☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Bình thường ☐ Khuyết viền thần kinh (☐ Dưới ☐ Trên ☐ Mũi ☐ Thái dương) ☐ Bình thường ☐ Chuyển hướng ☐ Gập góc ☐ Có ☐ Không ☐ Có ☐ Không Mô tả:	Đáy mắt Võng mạc Hoàng điểm Tân mạch Xuất huyết Đĩa thị giác Viền thần kinh Màu sắc C/D Mạch máu Xuất huyết Teo cạnh gai	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi rõ ☐ Có ☐ Không ☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Bình thường ☐ Khuyết viền thần kinh (☐ Dưới ☐ Trên ☐ Mũi ☐ Thái dương) ☐ Bình thường ☐ Chuyển hướng ☐ Gập góc ☐ Có ☐ Không ☐ Có ☐ Không Mô tả:

2. Toàn thân

☐ Chưa có biểu hiện bệnh lý

☐ Bệnh lý

Mô tả:.....
.....
.....
.....
.....

Mạch:..... Lần/phút
Nhiệt độ:..... °C
Huyết áp:..... mmHg
Nhịp thở:.....lần/phút
Cân nặng:..... Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

.....
.....

V. TÓM TẮT:

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính:

MP:.....

MT:.....

Bệnh kèm theo:

MP:.....

MT:.....

Phân biệt:

MP:.....

MT:.....

VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

VIII. TIÊN LƯỢNG:

Ngày.....tháng.....năm20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....
.....
MT:.....
.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
.....
.....
.....
☐ Phẫu thuật ☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:
.....
- Mắt phải:
.....
- Mắt trái:
.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:
.....
.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

- | | |
|---|---|
| 1. Vào viện: :..... ngày...../...../20..... | 3. Nơi chuyển đến:.....
Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/> |
| 2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác
Khoa Giờ Ngày Số ngày | 7. Nơi chuyển đi:.....
Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/> |
| 4. Vào khoa: <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> | 8. Ra viện: ngày...../...../20.....
☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh |
| 5. Chuyển khoa: <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/>
<input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/>
<input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> | |
| 6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> | |

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....
2. Chẩn đoán ra viện:
Bệnh chính:.....
Bệnh kèm theo:.....
Biến chứng:
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

- ☐ Khỏi ☐ Đờ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong ☐ Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày/...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

☐ MP

☐ Mờ

☐ Nhức

☐ MT

☐ Mờ

☐ Nhức

II. Hỏi bệnh:.....

1. Quá trình bệnh lý: (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v.)

- Thời gian xuất hiện bệnh: ☐ Mờ từ từ ☐ Mờ đột ngột
- Nguyên nhân (nếu có):.....
- Các phương pháp đã điều trị: ☐ Chưa điều trị ☐ Đã điều trị thuốc ☐ Khác:.....

2. Tiền sử bệnh:

- Bản thân:

- + Dị ứng: ☐ Không ☐ Có.....
- + Tại mắt: ☐ Không ☐ Có.....
- + Toàn thân: ☐ Chưa ghi nhận bất thường ☐ Đái tháo đường ☐ Tăng huyết áp

- Gia đình: ☐ Chưa ghi nhận bất thường ☐ Bất thường.....

III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
Không kính:..... Kính lỗ:..... Chỉnh kính:.....	Thị lực	Không kính:..... Kính lỗ:..... Chỉnh kính:.....
.....mmHg	Nhãn áp	mmHg
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Tình trạng nhãn cầu	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả: ☐ Không ☐ Có	Vận nhãn Lé (lác)	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả: ☐ Không ☐ Có
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Lệ đạo	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Mi mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Kết mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:

☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Giác mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Củng mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được Mô tả:	Tiền Phòng	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được Mô tả:	Mống mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được Mô tả:	Đồng tử (<i>Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...</i>)	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không quan sát được Mô tả:
Thể thủy tinh: ☐ Có ☐ Không ☐ Không quan sát được ☐ Trong ☐ Đục ☐ Đục nhân ☐ Đục vỏ ☐ Đục dưới bao sau ☐ Chấn thương ☐ Độ 1 ☐ Độ 2 ☐ Độ 3 ☐ Độ 4 ☐ Độ 5 Lệch thể thủy tinh: ☐ Có ☐ Không ☐ Bẩm sinh ☐ Chấn thương ☐ Khác ☐ Ra tiền phòng ☐ Vào buồng dịch kính IOL: ☐ Có ☐ Không ☐ Cân ☐ Lệch Đục bao sau: ☐ Không ☐ Có Khác:	Thể thủy tinh	Thể thủy tinh: ☐ Có ☐ Không ☐ Không quan sát được ☐ Trong ☐ Đục ☐ Đục nhân ☐ Đục vỏ ☐ Đục dưới bao sau ☐ Chấn thương ☐ Độ 1 ☐ Độ 2 ☐ Độ 3 ☐ Độ 4 ☐ Độ 5 Lệch thể thủy tinh: ☐ Có ☐ Không ☐ Bẩm sinh ☐ Chấn thương ☐ Khác ☐ Ra tiền phòng ☐ Vào buồng dịch kính IOL: ☐ Có ☐ Không ☐ Cân ☐ Lệch Đục bao sau: ☐ Không ☐ Có Khác:
☐ Trong ☐ Đục ☐ Không quan sát được Tổn thương khác:	Dịch kính	☐ Trong ☐ Đục ☐ Không quan sát được Tổn thương khác:
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi được đáy mắt Mô tả:	Đáy mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi được đáy mắt Mô tả:

2. Toàn thân

☐ Chưa có biểu hiện bệnh lý

☐ Bệnh lý

Mạch:..... Lần/phút
Nhiệt độ:..... °C
Huyết áp:..... mmHg
Nhịp thở:.....lần/phút
Cân nặng:..... Kg

Mô tả:.....
.....
.....
.....

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

.....
.....
.....

V. TÓM TẮT:

.....
.....
.....
.....
.....

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính:

MP:.....
.....
MT:.....
.....

Bệnh kèm theo:

MP:.....
.....
MT:.....
.....

Phân biệt:

MP:.....
.....
MT:.....
.....

VII.HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

.....
.....
.....

VIII. TIÊN LƯỢNG:

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....
BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....

MT:.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

.....

.....

☐ Phẫu thuật ☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

.....

.....

.....

.....

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:

.....

- Mắt phải:

.....

- Mắt trái:

.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

BỆNH ÁN MẮT
(ĐÁY MẮT)

MS: CK-05

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:..... ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx):..... ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố:..... ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: /...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: /...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
...../...../20.....	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:.....

1. Quá trình bệnh lý: (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v.)

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ **Dị ứng :** ☐ Không ☐ Có

+ **Tại mắt:**.....

.....

.....

+ **Toàn thân:**.....

.....

.....

+ **Gia đình:**.....

.....

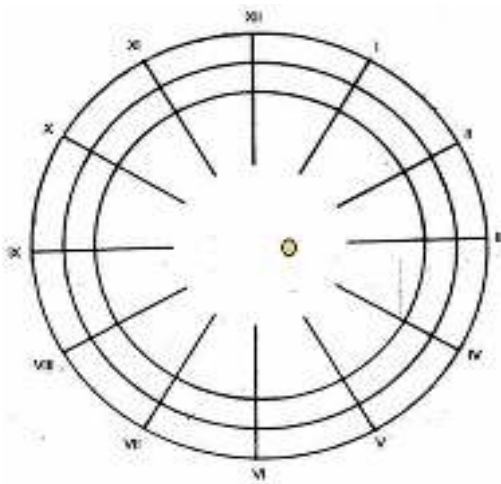
III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	Thị lực Không kính Có kính	
	Nhãn áp	
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....	Hốc mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....	Tình trạng nhãn cầu	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....	Vận nhãn	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....

☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... 	Lệ đạo	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... 	Mi mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... 	Giác mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... 	Củng mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường: Mô tả:..... 	Tiền Phòng	☐ Bình thường ☐ Bất thường: Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... 	Mống mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... 	Đồng tử (Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... 	Thể thủy tinh	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....

☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi được Mô tả:..... 	Dịch kính	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi được Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi được Đĩa thị: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... Hoàng điểm: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... Võng mạc ngoài hoàng điểm: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... Động mạch: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... Tĩnh mạch: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....	Đáy mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Không soi được Đĩa thị: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... Hoàng điểm: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... Võng mạc ngoài hoàng điểm: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... Động mạch: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:..... Tĩnh mạch: ☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....

	
---	--

3. Toàn thân

☐ Chưa có biểu hiện bệnh lý

☐ Bệnh lý

Mô tả:

.....

.....

.....

Mạch: Lần/phút
 Nhiệt độ: °C
 Huyết áp: mmHg
 Nhịp thở: lần/phút
 Cân nặng: Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

.....

.....

V. TÓM TẮT:

.....

.....

.....

.....

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính:

MP:

.....

MT:

.....

Bệnh kèm theo:

MP:.....
.....

MT:.....
.....

Phân biệt:

MP:.....
.....

MT:.....
.....

VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

.....
.....
.....

VIII. TIÊN LƯỢNG:

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:

MT:.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

□ Phần thuật

☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:

- Mắt phải:

- Mắt trái:

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

Thị lực chính kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:/...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Huyện (Q, Tx): ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố: ☐ ☐
9. Đối tượng: ☐ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin: Điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: : ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: /...../20.....	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
5. Chuyển khoa: /...../20.....	8. Ra viện::..... ngày...../...../20.....
...../...../20.....	☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện
...../...../20.....	☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
6. Tổng số ngày điều trị:	☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	
Bệnh kèm theo:.....	
Biến chứng:	
☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

☐ Khỏi	☐ Đỡ	☐ Không thay đổi	☐ Nặng hơn	☐ Tiên lượng nặng xin về
☐ Tử vong	☐ Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:.....

1. Quá trình bệnh lý: (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v..)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ **Dị ứng :** ☐ Không ☐ Có

+ **Tại mắt:**.....

.....

+ **Toàn thân:**.....

.....

+ **Gia đình:**.....

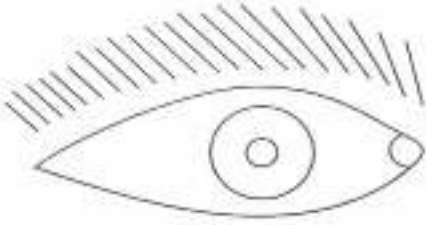
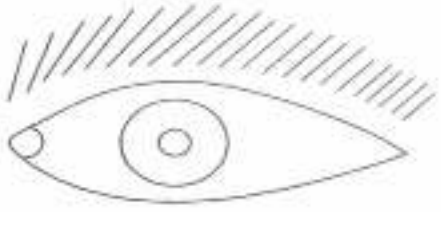
.....

III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	Thị lực Không kính Có kính	
	Nhãn áp	
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Tình trạng nhãn cầu	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Vận nhãn	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Lệ đạo	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường	Mi mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường

Mô tả:		Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Kết mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Ghép giác mạc: ☐ Không ☐ Có		

	Hình vẽ mô tả	
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Tiền Phòng	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Mống mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Đồng tử (<i>Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...</i>)	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Thể thủy tinh	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Dịch kính	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
	Đáy mắt	
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:		☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:

2. Toàn thân

☐ Chưa có biểu hiện bệnh lý ☐ Bệnh lý

Mô tả:.....

.....

.....

.....

Mạch:..... Lần/phút

Nhiệt độ:..... °C

Huyết áp:..... mmHg

Nhịp thở.....lần/phút

Cân nặng:..... Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

.....

.....

.....

V. TÓM TẮT:

.....

.....

.....

.....

.....

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính:

MP:.....

.....

MT:.....

.....

Bệnh kèm theo:

MP:.....

.....

MT:.....

.....

Phân biệt:

MP:.....

.....

MT:.....

.....

VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

.....

.....

.....

VIII. TIÊN LƯỢNG:

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....
.....
MT:.....
.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
.....
.....
.....
☐ Phẫu thuật ☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:
.....
- Mắt phải:
.....
- Mắt trái:
.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:
.....
.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

BỆNH ÁN MẮT

(PHẪU THUẬT KHÚC XẠ)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:/...../..... Tuổi: ☐ ☐ ☐ 3. Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
4. Điện thoại:
5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: ☐ ☐ 7. Quốc tịch: ☐ ☐ ☐
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- Huyện (Q, Tx): ☐ ☐ ☐ Tỉnh, thành phố: ☐ ☐
9. Đối tượng: ☒ BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin: Điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

- | | |
|---|--|
| 1. Vào viện: :..... ngày...../...../20..... | 3. Nơi chuyển đến:..... |
| 2. Tiếp nhận từ: ☐ Cấp cứu ☐ Khoa KB ☐ Đơn vị khác | Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/> |
| Khoa Giờ Ngày Số ngày | 7. Nơi chuyển đi:..... |
| 4. Vào khoa: <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> | Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/> |
| 5. Chuyển khoa: <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> | 8. Ra viện: ngày...../...../20..... |
| <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> | ☐ Ra viện ☐ Xin ra viện ☐ Trốn viện |
| 6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> | ☐ Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn |
| | ☐ Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh |

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....
2. Chẩn đoán ra viện:
- Bệnh chính:.....
- Bệnh kèm theo:.....
- Biến chứng:
- ☐ Thủ thuật ☐ Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ☐ Lành tính ☐ Nghi ngờ ☐ Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

- ☐ Khỏi ☐ Đờ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tiên lượng nặng xin về
- ☐ Tử vong ☐ Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày/...../20.....
2. Thời điểm tử vong: ☐ Trước khi vào viện ☐ Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
- ☐ Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

1. Không muốn sử dụng kính ☐
2. Công việc không cho phép sử dụng kính ☐
3. Không muốn đeo sử dụng kính tiếp xúc ☐
4. Thăm mỹ ☐
5. Khác ☐

II. Hỏi bệnh:.....

1. Quá trình bệnh lý:

- Thời điểm phát hiện tật khúc xạ:
- ☐ Chưa điều trị tật khúc xạ ☐ Đã điều trị tật khúc xạ

Bằng phương pháp:

- ☐ đeo kính gọng ☐ đeo kính tiếp xúc mềm
☐ đeo kính tiếp xúc cứng ban ngày ☐ Đeo kính tiếp xúc cứng ban đêm (OrthoK)

Đã đeo kính tiếp xúc trong bao lâu?

Đã dừng đeo kính tiếp xúc chưa? ☐ Đã dừng ☐ Chưa dừng

Đã dừng đeo kính tiếp xúc cách thời điểm hiện tại bao lâu?

Thời gian ổn định khúc xạ: ☐ dưới 6 tháng ☐ trên 6 tháng

2. Tiền sử bệnh:

Bản thân:

- Dị ứng: ☐ Không ☐ Có.....
- Bệnh mắt: ☐ Không ☐ Có.....
- Phẫu thuật tại mắt: ☐ Không ☐ Có.....
- Phẫu thuật khúc xạ: ☐ Không ☐ Có Phương pháp phẫu thuật:.....
- Phẫu thuật thể thủy tinh: ☐ Không ☐ Có Phương pháp phẫu thuật:.....
- Phẫu thuật khác: ☐ Không ☐ Có Phương pháp phẫu thuật:.....

Toàn thân: ☐ Chưa ghi nhận bất thường ☐ Đái tháo đường ☐ Tăng huyết áp ☐ Khác.....

Đang sử dụng thuốc toàn thân: ☐ Không ☐ Có Thuốc gì:.....

Đang mang thai: ☐ Không ☐ Có

Đang cho con bú: ☐ Không ☐ Có

Gia đình: ☐ Chưa ghi nhận bất thường ☐ Bất thường.....

III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
Không kính:..... Số kính đang đeo:..... Thị lực kính đang đeo:..... KX sau liệt điều tiết:..... Chỉnh kính tối ưu:..... TL kính tối ưu:..... Thị giác hai mắt:.....	Thị lực và khúc xạ	Không kính:..... Số kính đang đeo:..... Thị lực kính đang đeo:..... KX sau liệt điều tiết:..... Chỉnh kính tối ưu:..... TL kính tối ưu:..... Thị giác hai mắt:.....
.....mmHg	Nhãn áp	mmHg

☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Tình trạng nhãn cầu	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả: ☐ Không ☐ Có	Vận nhãn	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả: ☐ Không ☐ Có
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Lệ đạo	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Mi mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Kết mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Chiều dày giác mạc trung tâm:..... Công suất giác mạc:..... Mô tả:	Giác mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Chiều dày giác mạc trung tâm:..... Công suất giác mạc:..... Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Củng mạc	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Tiền phòng	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Móng mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Đồng tử (Phần xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:	Thể thủy tinh	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:

.....		
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....	Dịch kính	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....
☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....	Đáy mắt	☐ Bình thường ☐ Bất thường Mô tả:.....

2. Toàn thân

☐ Chưa có biểu hiện bệnh lý

☐ Bệnh lý

Mô tả:.....

Mạch:..... Lần/phút

Nhiệt độ:..... °C

Huyết áp:..... mmHg

Nhịp thở:..... lần/phút

Cân nặng:..... Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

V. TÓM TẮT:

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính:

MP:.....

MT:.....

Bệnh kèm theo:

MP:.....

MT:.....

Phân biệt:

MP:.....

MT:.....

VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:

VIII. TIÊN LƯỢNG:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....
.....
MT:.....
.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....
.....
.....
.....
☐ Phẫu thuật ☐ Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật
.....
.....
.....
.....
.....

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:
.....
.....
- Mắt phải:
.....
.....
- Mắt trái:
.....
.....
Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)