

Phụ lục 2

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....
TÊN CƠ SỞ PHCN/BV...

Số lưu trữ:
Mã hồ sơ.....
Mã người bệnh.....
Chuyên khoa.....
Ngày chuyển.....

BỆNH ÁN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NHI

KHOA

HỌ VÀ TÊN (*chữ in hoa*):.....

1. Nam ☐ 2. Nữ ☐ Sinh năm..... Tuổi.....

Địa chỉ:

Ngày vào viện:.....**Ra viện**

QUY ĐỊNH VỀ HỒ SƠ BỆNH ÁN

1. Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý; mỗi người bệnh chỉ có một hồ sơ bệnh án trong mỗi lần khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

a) Người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đều phải được lập hồ sơ bệnh án;

c) Hồ sơ bệnh án bao gồm các tài liệu, thông tin liên quan đến người bệnh và quá trình khám bệnh, chữa bệnh;

a) Hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo các cấp độ mật của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước;

c) Trường hợp lưu trữ hồ sơ bệnh án bằng bản điện tử, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có bản sao dự phòng và thực hiện theo các chế độ lưu trữ quy định tại điểm a và điểm b khoản này.

a) Sinh viên thực tập, nghiên cứu viên, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc công tác chuyên môn kỹ thuật;

b) Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế trực tiếp quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành y tế, cơ quan bảo hiểm, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ nhiệm vụ được giao theo thẩm quyền cho phép;

c) Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được nhận bản tóm tắt hồ sơ bệnh án theo quy định tại khoản 1 Điều 11 của Luật này.

5. Các đối tượng quy định tại khoản 4 Điều này khi sử dụng thông tin trong hồ sơ bệnh án phải giữ bí mật và chỉ được sử dụng đúng mục đích như đã đề nghị với người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

II. Quy chế Hồ sơ bệnh án....(ghi trích nội dung quy chế Hồ sơ bệnh án)

This image shows a single sheet of white paper with ten horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Bộ Y tế/ Sở y tế:.....
Bệnh viện/trung tâm:.....
Khoa:.....
Phòng..... Giường.....

BỆNH ÁN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NHỊ

Số vào viện:.....
Số lưu trữ:
Mã YT: 42/BV-01

Nội trú ☐ Nội trú ban ngày ☐ Ngoại trú ☐

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):..... 2. Sinh ngày: Tuổi
3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☐ 4. Nghề nghiệp:.....
5. Dân tộc:..... 6. Ngoại kiều.....
7. Địa chỉ: Số nhà..... Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx)..... Tỉnh, thành phố.....
8. Họ tên cha/mẹ/người giám hộ:..... 9. Nghề nghiệp: cha/mẹ/người giám hộ:.....
10. Đối tượng: 1. BHYT ☐ 2. Thu phí ☐ 3. Miễn ☐ 4. Khác ☐
11. BHYT giá trị sử dụng từ ngày.....tháng.....năm.....Số thẻ BHYT
12. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:.....
.....Điện thoại số.....

* Giấy chứng nhận khuyết tật (KT) a) Không có ☐ b) Có ☐ (Dạng KT:..... Mức độ KT.....)

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....phút ngày...../...../.....	15. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế ☐ 2. Tự đến ☐ 3. Khác ☐
14. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu ☐ 2. KKB ☐ 3. Khoa điều trị ☐	- Vào viện do bệnh này lần thứ
Khoa..... ng/th/năm..... Số ngày ĐTrị.....	18. Chuyển viện: 1. Tuyến trên ☐ 2. Tuyến dưới ☐ 3. CK ☐
16. Vào khoa Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến.....
17. Chuyển Giờ.....phút...../...../.....	19. Ra viện: giờ..... ngày...../...../.....
Khoa Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện ☐ 2. Xin về ☐ 3. Bỏ về ☐ 4. Đưa về ☐
..... Giờ.....phút...../...../.....	20. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

21. Nơi chuyển đến:.....	24. Ra viện: + Bệnh chính:.....
22. KKB, Cấp cứu:.....	+ Bệnh kèm theo.....
23. Khi vào khoa điều trị..... + Thủ thuật: ☐ + Phẫu thuật: ☐	+ Tai biến:..... + Biến chứng:.....

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị 1. Khỏi ☐ 4. Nặng hơn ☐ 2. Đỡ, giảm ☐ 5. Tử vong ☐ 3. Không thay đổi ☐ 26. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính ☐ 2. Nghi ngờ ☐ 3. Ác tính ☐	27. Tình hình tử vong: giờ.....phút ngày..... tháng..... năm..... 1. Do bệnh ☐ 2. Do tai biến điều trị ☐ 3. Khác ☐ 1. Trong 24 giờ vào viện ☐ 2. Sau 24 giờ vào viện ☐ 28. Nguyên nhân chính tử vong:..... 29. Khám nghiệm tử thi: ☐ 30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:.....
--	---

Giám đốc bệnh viện

Ngày.....tháng.....năm.....
Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến trước ...)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử của mẹ

Tiền sử sản khoa: Sinh ☐ Sớm ☐ Sẩy ☐ Sóng ☐

Tuổi của mẹ khi sinh trẻ này:.....

Tình trạng sức khỏe của mẹ khi mang thai:.....

3. Tiền sử của con

Con thứ:..... Tuổi thai:..... tuần (1. Đủ tháng ☐ 2. Non tháng ☐ 3. Già tháng ☐)

Cân nặng khi sinh: gam (1. Đủ cân ☐ 2. Cân thấp ☐ 3. Rất thấp ☐)

Tình trạng khi sinh: 1. Dễ thường ☐ 2. Forceps ☐ 3. Giắc hút ☐ 4. Để chỉ huy ☐ 5. Mổ đẻ ☐

Tình trạng sau sinh: Tiêm phòng vaccin.....

4. Tiền sử gia đình: Số con trong gia đình.....số trẻ có bất thường

Gia đình có người nhiễm chất độc da cam

III. KHÁM BỆNH

1. Thể trạng chung (ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...):

Cân nặng:..... kg; Chiều cao:..... cm; Vòng đầu:.....cm; Nhiệt độ°C; Mạch.....lần/ph; Huyết áp...../..... mm/ph; Nhịp thở.....lần/ph

2. Các cơ quan:

2.1. Tâm thần, thần kinh: (Tri giác, vận động, cảm giác; phản xạ bệnh lý, phản xạ gân xương, da, trương lực cơ; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợp; hội chứng tiểu não, ngoại tháp, các hội chứng khác...)

.....

.....

.....

.....

.....

2.2. Hệ cơ xương khớp, cột sống (tình trạng cơ, xương, khớp cột sống: hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp...)

.....

.....

.....

.....

.....

2.3. Các chuyên khoa khác (tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục, mắt, tai, mũi, họng, răng, thóp...)

.....

.....

.....

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG

.....

.....

.....

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

- + Bệnh, tật chính:
- + Bệnh, tật kèm theo (nếu có):
- + Phân biệt:

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, CAN THIỆP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Chỉ định điều trị, can thiệp phục hồi chức năng *(bao gồm chỉ định dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế, dụng cụ trợ giúp, chuyển tuyến...)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Điều trị bệnh lý kèm theo

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Chế độ chăm sóc người bệnh

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Hội nhập xã hội và khả năng tham gia các hoạt động gia đình, xã hội *(cải tạo môi trường tiếp cận với trẻ khuyết tật: nhà ở và khả năng thích nghi môi trường sống, các hoạt động hướng nghiệp...)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. 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 (bao gồm chỉ định dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế, dụng cụ trợ giúp...)

.....

.....

.....

.....

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày... tháng... năm.... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
X-quang		Họ tên:.....	
CT Scanner			
Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
Xét nghiệm			
Khác ...		Họ tên:.....	
Toàn bộ hồ sơ			

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. 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....)

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

1.2. 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...)

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

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

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

1.4. 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 trẻ 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,...)

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

MS:

Số vào viên

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN)

594_binhduong_vu_VanThu_SYT B1

2. Chân đoán:

.....

.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (*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...*)

[illegible]

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế:

Bệnh viện.....

Khoa/Trung tâm:

BuồngGiường.....

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS:

Số vào viên

Tờ số.....

- Họ tên người bệnh: Năm sinh/ Tuổi: Nam/Nữ.....

- Khoa: Số buồng: Số giường:

- Chẩn đoán:

[illegible]

