

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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về <input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định
--

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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
 Bản 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..... ^o C	Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg	SpO ₂%
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 âm 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 <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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:

- Tinh, tiếp xúc tốt: Không Có
- Tinh, 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.....^oC

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
- Màng sườn di động: Không Có
- Thở gắng sức: Không Có
- Vết thương thành ngực: Không Có
- Mô tả chi tiết:
- Khác:
- 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
- Rì rào phế nang: Không Có
- Mô tả chi tiết:
- Rale: Không Có
- Mô tả chi tiết:

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 Có

Vết bầm tím, xây xước thành bụng:

 Không Có

Vết 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

Tình 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 Ghi rõ:

Dấu hiệu liệt thần kinh sọ: Không Có Ghi rõ:

Dấu hiệu liệt vận động: Không Có 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 Ghi rõ:

Sưng nề bầm tím vùng cột sống: Không Có Ghi rõ:

Điểm đau cột sống: Không Có Ghi rõ:

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 Ghi rõ:

Vết thương: Không Có Ghi rõ:

Sưng nề, bầm tím vùng thương tổn: Không Có Ghi rõ:

Mất liên tục, lạo xạo xương: Không Có Ghi rõ:

Mạch ngoại vi: Bình thường Bất thường Ghi rõ:

Chiều dài chi so với bình thường: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

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 mi: 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 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. 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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<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																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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

Tàng 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:
Cơn co tử cung: Không Có Tần số:
Tim thai: Không Có Nhịp tim.....lần/phút
Cổ tử cung: Đóng Xóa Mờ cm
Đầu ối: Phồng Đet Quả lê
 Rỉ lúc giờ phút
Nước ối: Trong Xanh bản Lẫn máu

Mạch.....lần/ph
Nhiệt độ.....^oC
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. Tiền 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 ĐẸ

1. Thông tin chung

Thời gian vào khoa đẻ:giờphút, 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 cò 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 Bám ối, lúc.....

Màu sắc Trong Xanh bản

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 đẻ:.....

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 máu Thiếu máu Không thiếu máu Thiếu 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 múi Thời gian sơ rau:.....(phút)

Rau bong non

Dây rau cuốn 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.....

BỆNH ÁN NHI KHOA

MS: BA-04

Cơ sở KB, CB.....

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):.....
7. Họ và tên bố:
Họ và tên mẹ:
Nghề nghiệp:
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:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

A. 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: (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của cơ sở KB, CB trước khi đến...)

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

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:

Những bệnh đã mắc và phương pháp điều trị: Không Có

Dị ứng/phản vệ: Không Có, dị nguyên....., mức độ phản vệ: I II III IV

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. Quá trình sinh trưởng: S S S S

Con thứ mấy..... Tiền thai (Para) (Sinh (đủ tháng), Sớm (đẻ non), Sẩy (nạo, hút), Sống)

Cách thức sinh: Sinh thường Sinh mổ Sinh mổ chủ động Sinh chỉ huy

Giác hút Forceps

Cân nặng lúc sinh:kg

Dị tật bẩm sinh: Không Có, ghi rõ

Phát triển về tinh thần: Bình thường Bất thường

Phát triển về vận động: Bình thường Bất thường

Các bệnh lý khác:

Nuôi dưỡng: Sữa mẹ Nuôi nhân tạo Hỗn hợp Cai sữa tháng thứ

Chăm sóc: Tại nhà trẻ Tại nhà

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:

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

Mỏm 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 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 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:.....

Rỉ rào phế nang: Bình thường Giảm - vị trí:.....

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

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

Rale: Không Có: Rale ẩm Rale nổ Rale rít Rale gáy

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

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 - 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

Hồ 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.....

Sung 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:	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán phân biệt.....	<input type="text"/>
3. Chẩn đoán xác định:	
Bệnh chính:	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo (nếu có):.....	<input type="text"/>
Biến chứng (nếu có):.....	<input type="text"/>

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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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 thai: Không Có, ghi rõ:

Tiền sử bệnh:

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 lợt 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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:.....

Đám 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
ngoài:**

Bình thường

Bất thường, ghi rõ:.....

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):..... 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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:.....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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.

Mục đích khám Khám bệnh Khám sàng lọc

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:

2.1. Phụ khoa:

Bắt đầu có kinh:

Chu kỳ:

Số ngày có kinh:

Các bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị:

2.2. Sản khoa:

Số lần có thai:

Số lần sảy:

Số lần phá thai:

Số lần sinh:

Cách thức sinh:

Số con sống:

2.3. Tiền sử Nội, Ngoại khoa (ghi rõ bệnh đã mắc và cách điều trị)

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

3. Bệnh sử:

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

III. KHÁM BỆNH

1. Khám toàn thân

Da..... Niêm mạc..... Phù..... Xuất huyết.....

Mạch.....lần/phút Nhiệt độ.....⁰C Huyết áp..... /.....mmHg Nhịp thở.....lần/phút

Tim.....

Phổi.....

Thận.....

Thiếu máu.....

Các bệnh khác.....

2. Khám thực thể (khám phụ khoa, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, tử cung, phần phụ, các bất thường khác...)

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

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

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

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:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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:

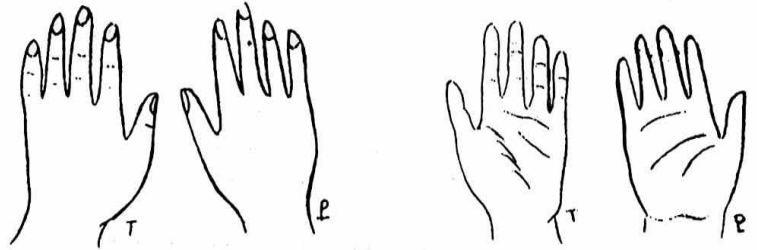
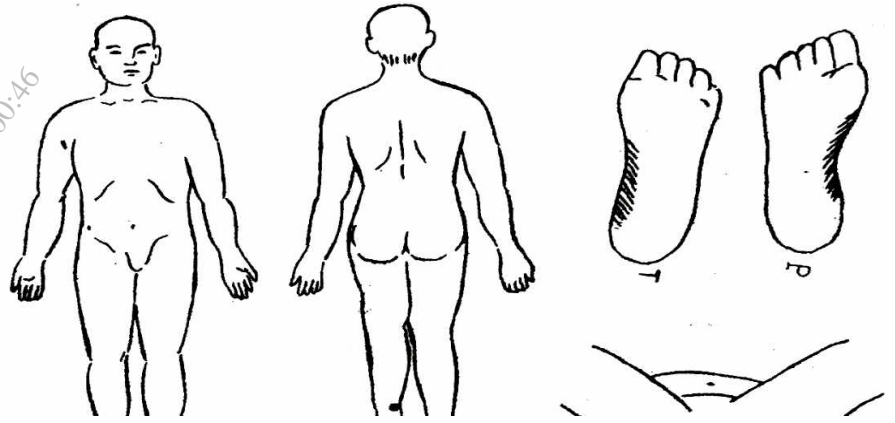
- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh: Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống:

Độ	Ký hiệu	Diện tích
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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:.....
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:
Bệnh chính:..... <input type="text"/>
Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/>
Biến chứng: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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...)

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 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:

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.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Chiều cao.....	cm
Cân nặng	kg
SpO ₂	%
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 Đầy bụng: 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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<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																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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 giá: 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 Ghê tởm Trầm cảm Hưng cảm
- Hồn hợ 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

Bình thường Khổ dâm Bạo dâm

Khác.....

Ưu chuộng tình dục:

Nam Nữ Đồng tính nam Đồng tính nữ

Song tính Vô tính

Khác.....

Vấn đề phân định giới tính:

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 độ..... ⁰ C
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

1. Đánh giá sinh hóa phân tử:.....

2. Đánh giá hình ảnh/ chức năng:

3. 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):

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:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<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																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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:

Tỉnh, 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
 Bản 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..... ^o C	Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg	SpO ₂%
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.....

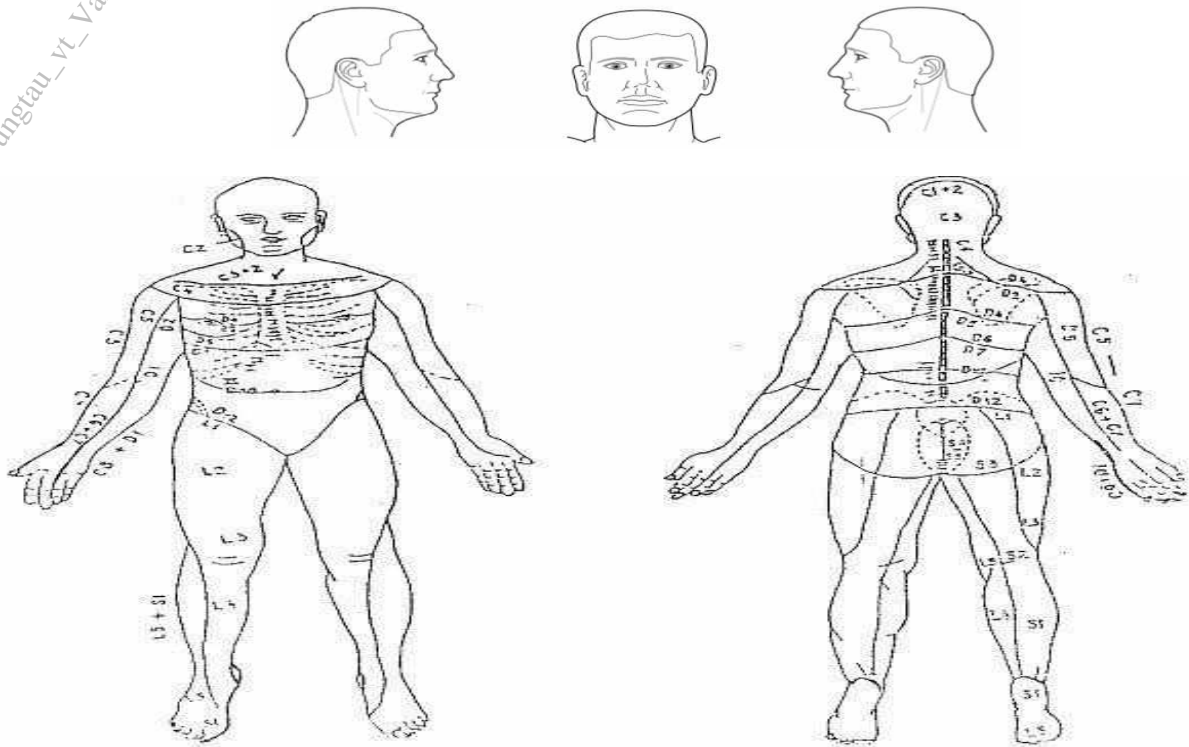
Phù: Không Có:
Vị trí phù: Chi dưới Chi trên
 Mặt Áo khoác
 Toàn thân
Khác.....

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: Sọc Không sọc
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:

3.7. 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:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<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																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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:

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

Hốc mắt

Bình thường Bất thường

Mô tả:

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:

.....

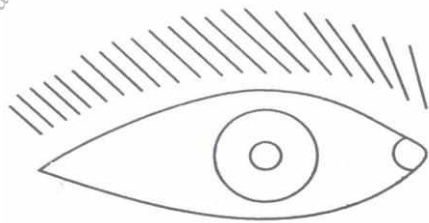
.....

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

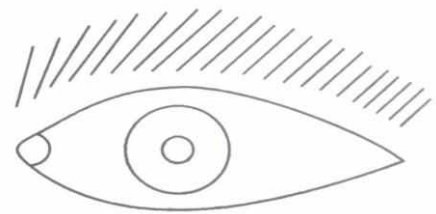
Bình thường Bất thường

Mô tả:

.....

.....

Hình vẽ mô tả



Tiền phòng

Bình thường Bất thường

Mô tả:

.....

.....

Mống mắt

Bình thường Bất thường

Mô tả:

.....

.....

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

Bình thường Bất thường

Mô tả:

.....

.....

Thể thủy tinh

Bình thường Bất thường

Mô tả:

.....

.....

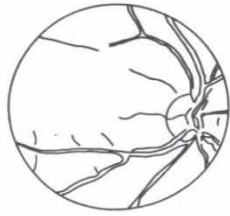
Dịch kính

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:

.....
.....

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

4. Tóm tắt bệnh án

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

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:.....

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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<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																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> 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,...)

Tình, tiếp xúc tốt: Không Có

Tình, tiếp xúc chậm: Không Có

Mé: Không Có

Glasgow điểm

Khác:

Mạch	.....	lần/ph
Nhiệt độ	.....	°C
Huyết áp	.....	mmHg
Nhịp thở	.....	lần/ph
Cân nặng	.....	kg
Chiều cao	.....	cm

2. Bệnh chuyên khoa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

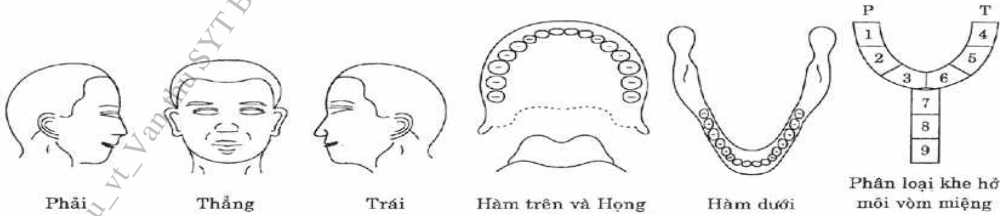
.....

.....

.....

.....

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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<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																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:.....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật	Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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

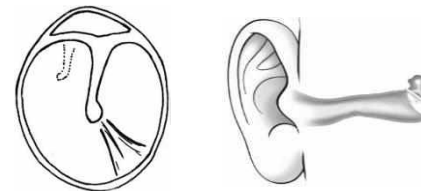
2. Tai Mũi Họng:

Bộ phận

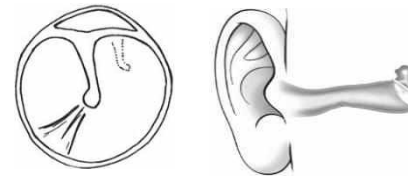
Triệu chứng/Dấu hiệu/ Mô tả

Hình vẽ

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

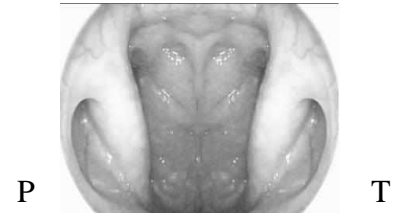


Hốc mũi trái: Bình thường Bất thường, ghi rõ



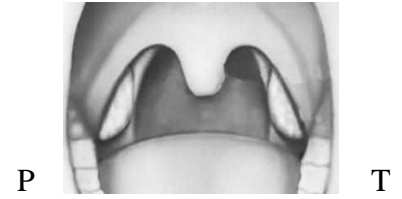
Vòm mũi họng: Bình thường Bất thường, ghi rõ

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



Họng miệng: Bình thường Bất thường, ghi rõ

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



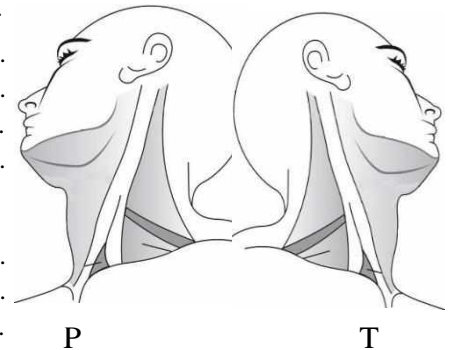
Hạ họng – Thanh quản: Bình thường Bất thường, ghi rõ

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



Vùng đầu cổ: Bình thường Bất thường, ghi rõ

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



Hạch Cổ: Không Có:

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

Khác:

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

3. Các cơ quan khác:

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

Mắt:

Mất: 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:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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 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
 Bản Gai lưỡi mòn/mắt
Khác.....
Lông tóc, móng: Bình thường
 Rụng tóc Móng giòn dễ gãy
Khác.....
Tuyên 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..... ^o C	Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg	SpO ₂%
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 âm 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 hòa; 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 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 (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)

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):.....

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
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:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td>4. Vào khoa: <input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>5. Chuyển khoa: <input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</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.....																				
	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

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:

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:.....

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

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 gáy

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

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

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

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.....giật toàn thân Cục bộ

Tình ngay sau giật: Tình 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.....

Sung 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

synt_bariavungtau_vt_Van thu SYT Ba Ria Vung Tau_15/01/2017 11:00:46

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

I. 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..... ⁰ C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặng .....kg
Chiều cao cm

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)

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

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ MẮT

MS: BA-17

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:.....
9. Huyện (Q, Tx):..... Tỉnh, thành phố:.....
10. Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn Khác
11. Số thẻ BHYT:.....
12. 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 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

Mô tả:

Bình thường Bất thường

Mô tả:

Hốc mắt

Bình thường Bất thường

Mô tả:

Tình trạng

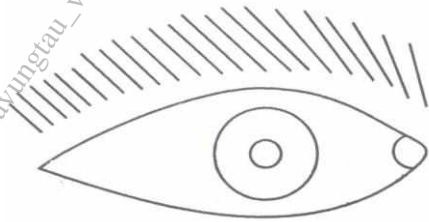
Bình thường Bất thường

nhãn cầu

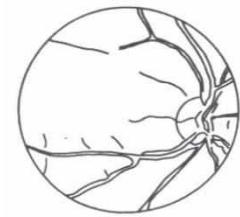
Mô tả:

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:



- Bình thường Bất thường
Mô tả:
-

BỘ PHẬN

Vận nhãn

- Bình thường Bất thường
Mô tả:

Lệ đạo

- Bình thường Bất thường
Mô tả:

Mi mắt

- Bình thường Bất thường
Mô tả:

Kết mạc

- Bình thường Bất thường
Mô tả:

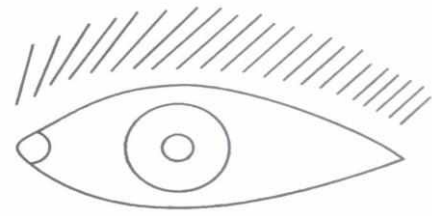
Giác mạc

- 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:
-

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. 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:
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:

- Họ và tên (In hoa):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- 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):.....
8. Họ và tên bố:..... Nghề nghiệp:
- Họ và tên mẹ:..... Nghề nghiệp:
9. Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn
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:

..... Mạch lần/ph
..... Nhiệt độ.....^oC
..... Huyét 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 sĩ 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 <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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

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: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Tại nhà <input type="checkbox"/> Nơi công cộng <input type="checkbox"/> Cơ sở y tế <input type="checkbox"/> Sông hồ <input type="checkbox"/> Nơi làm việc <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> TNGT	<input type="checkbox"/> Do hóa khí	<input type="checkbox"/> Tim mạch	<input type="checkbox"/> Thận tiết niệu	<input type="checkbox"/> Động vật cắn	
	<input type="checkbox"/> Tai nạn sinh hoạt	<input type="checkbox"/> Tai nạn LĐ	<input type="checkbox"/> Hô hấp	<input type="checkbox"/> Cơ xương khớp	<input type="checkbox"/> Côn trùng đốt	
	<input type="checkbox"/> Điện giật	<input type="checkbox"/> Ngã cao	<input type="checkbox"/> Tiêu hóa	<input type="checkbox"/> Truyền nhiễm	<input type="checkbox"/> Ngộ độc	
	<input type="checkbox"/> Ngạt nước	<input type="checkbox"/> Bỏng	<input type="checkbox"/> Thần kinh	<input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> 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					
Xử trí cấp cứu	<input type="checkbox"/> Heimlich		<input type="checkbox"/> Thở Ô xy	Xử trí khác:		
	<input type="checkbox"/> Nâng cằm, đẩy hàm		<input type="checkbox"/> Bóp bóng			
	<input type="checkbox"/> Lấy dị vật		<input type="checkbox"/> Thở máy			
	<input type="checkbox"/> đặt canuynl		<input type="checkbox"/> Cầm máu			
	<input type="checkbox"/> Nội khí quản		<input type="checkbox"/> CPR			
	<input type="checkbox"/> Chọc màng N-G		<input type="checkbox"/> Nẹp cổ			
	<input type="checkbox"/> Mở KQ		<input type="checkbox"/> Nẹp chi			
	<input type="checkbox"/> Hút đờm dãi		<input type="checkbox"/> Ván cứng			
Kết quả xử trí ban đầu	Tử vong: <input type="checkbox"/> Tại nhà, hiện trường <input type="checkbox"/> Trên đường đến bệnh viện <input type="checkbox"/> khi đến bệnh viện					
	<input type="checkbox"/> Cải thiện <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Xấu đi					
	Còn sống: <input type="checkbox"/> Để lại <input type="checkbox"/> Chuyển viện <input type="checkbox"/> 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:

MS: BA-22

BỆNH ÁN
(Dùng cho tuyến xã, phường)

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 °C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở lần/ph
Cân nặng kg
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 – mắt: 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

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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trón viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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:.....

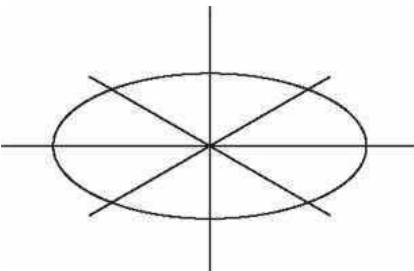
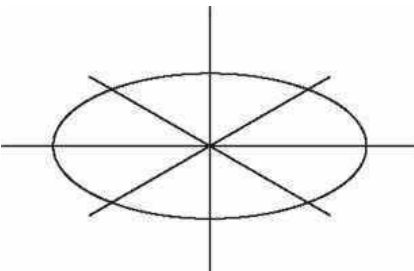
Chưa phát hiện bệnh lý Bệnh lý:.....

+ 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 kê:			

KHÁM VẬN NHÃN	MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
<input type="checkbox"/> Bình thường		
<input type="checkbox"/> Gia tăng (+1) (+2) (+3) (+4)		
<input type="checkbox"/> Hạn chế (-1) (-2) (-3) (-4)		

THỬ NGHIỆM CHE MẮT

Không trả

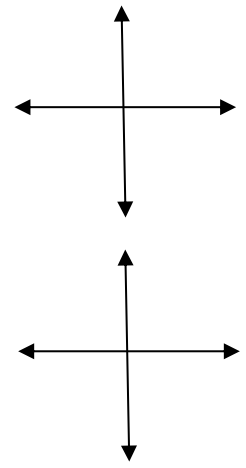
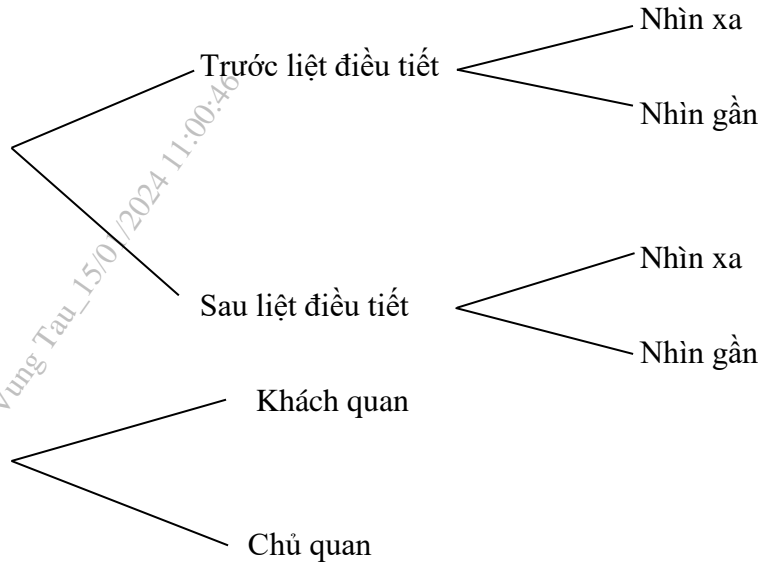
Trả trong ra

Trả ngoài vào

Trả đứng

Trả chéo

ĐỘ LÁC: Hirschberg
(Lăng kính)



MẮT CHỦ ĐẠO: Mắt phải

Mắt trái

HÌNH THẠİ 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 VÕNG 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 NHÃN CẦU: Không Có:

Góc hãm : Không Có:

2. Khám mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẦN	MẮT TRÁI
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Mi mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Kết mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Phần trước nhãn cầu	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Phần sau nhãn cầu và đáy mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> 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

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 sĩ 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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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:**.....

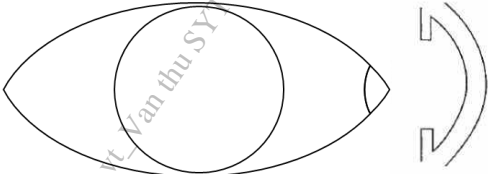
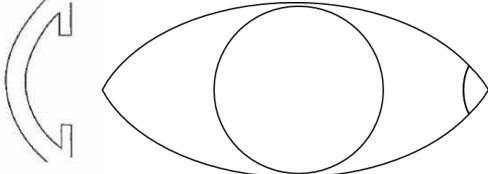
.....

III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	Thị lực Không kính Có kính	
	Nhãn áp	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Dị vật..... <input type="checkbox"/> Tụ máu hốc mắt..... <input type="checkbox"/> Vỡ thành hốc mắt..... Khác:	Hốc mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Dị vật..... <input type="checkbox"/> Tụ máu hốc mắt..... <input type="checkbox"/> Vỡ thành hốc mắt..... Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không có NC (mức,cắt bỏ) <input type="checkbox"/> NC không nguyên vẹn (thủng, rách, vỡ) <input type="checkbox"/> Teo nhãn <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi..... Khác:	Tình trạng nhãn cầu	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không có NC (mức,cắt bỏ) <input type="checkbox"/> NC không nguyên vẹn (thủng, rách, vỡ) <input type="checkbox"/> Teo nhãn <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi..... Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Lác <input type="checkbox"/> Rung giật nhãn cầu <input type="checkbox"/> Hạn chế vận nhãn	Vận nhãn	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Lác <input type="checkbox"/> Rung giật nhãn cầu <input type="checkbox"/> Hạn chế vận nhãn

Khác:		Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Đứt LQ trên <input type="checkbox"/> Đứt LQ dưới <input type="checkbox"/> Đứt LQ chung Khác:	Lệ đạo	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Đứt LQ trên <input type="checkbox"/> Đứt LQ dưới <input type="checkbox"/> Đứt LQ chung Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> Trần khí dưới da <input type="checkbox"/> Rách mi: <input type="checkbox"/> Lốp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức Vị trí:..... <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/> Sụp mí độ: <input type="checkbox"/> Quặm mi: <input type="checkbox"/> Mi trên <input type="checkbox"/> Mi dưới <input type="checkbox"/> Hở mi Khác:	Mi mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> Trần khí dưới da <input type="checkbox"/> Rách mi: <input type="checkbox"/> Lốp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức Vị trí:..... <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/> Sụp mí độ: <input type="checkbox"/> Quặm mi: <input type="checkbox"/> Mi trên <input type="checkbox"/> Mi dưới <input type="checkbox"/> Hở mi Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Cương tụ: <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/> Rìa <input type="checkbox"/> Rách kết mạc <input type="checkbox"/> Dị vật kết mạc <input type="checkbox"/> Thiếu máu rìa Khác:	Kết mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Cương tụ: <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/> Rìa <input type="checkbox"/> Rách kết mạc <input type="checkbox"/> Dị vật kết mạc <input type="checkbox"/> Thiếu máu rìa Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Phù..... <input type="checkbox"/> Sẹo..... <input type="checkbox"/> Dị vật..... <input type="checkbox"/> Ngấm máu..... <input type="checkbox"/> Trợt..... <input type="checkbox"/> Rách: Kích thước..... Vị trí..... <input type="checkbox"/> Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhỏ <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn <input type="checkbox"/> Đã khâu: <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu	Giác mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Phù..... <input type="checkbox"/> Sẹo..... <input type="checkbox"/> Dị vật..... <input type="checkbox"/> Ngấm máu..... <input type="checkbox"/> Trợt..... <input type="checkbox"/> Rách: Kích thước..... Vị trí..... <input type="checkbox"/> Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhỏ <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn <input type="checkbox"/> Đã khâu: <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu

Khác:		Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Rách Kích thước..... Vị trí..... <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/> Dị vật..... Khác:	Củng mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Rách Kích thước..... Vị trí..... <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/> Dị vật..... Khác:
 Vùng tổn thương:..... <input type="checkbox"/> Vùng 1 <input type="checkbox"/> Vùng 2 <input type="checkbox"/> Vùng 3	Lược đồ	 Vùng tổn thương:..... <input type="checkbox"/> Vùng 1 <input type="checkbox"/> Vùng 2 <input type="checkbox"/> Vùng 3
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> Nông <input type="checkbox"/> Xẹp TP <input type="checkbox"/> Chất thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Xuất huyết độ..... <input type="checkbox"/> Mủ..... <input type="checkbox"/> Xuất tiết..... <input type="checkbox"/> Tyndall..... <input type="checkbox"/> Dị vật..... Khác:	Tiền Phòng	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> Nông <input type="checkbox"/> Xẹp TP <input type="checkbox"/> Chất thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Xuất huyết độ..... <input type="checkbox"/> Mủ..... <input type="checkbox"/> Xuất tiết..... <input type="checkbox"/> Tyndall..... <input type="checkbox"/> Dị vật..... Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Đứt chân móng mắt..... <input type="checkbox"/> Mất móng mắt..... <input type="checkbox"/> Rách, thủng móng mắt..... Khác:	Móng mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Đứt chân móng mắt..... <input type="checkbox"/> Mất móng mắt..... <input type="checkbox"/> Rách, thủng móng mắt..... Khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính vị trí..... <input type="checkbox"/> Giãn liệt Kích thước .....mm. <input type="checkbox"/> Phản xạ: <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Mất <input type="checkbox"/> RAPD <input type="checkbox"/> Ánh đồng tử: <input type="checkbox"/> Hồng <input type="checkbox"/> Tối.....	Đồng tử (Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính vị trí..... <input type="checkbox"/> Giãn liệt Kích thước .....mm. <input type="checkbox"/> Phản xạ: <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Mất <input type="checkbox"/> RAPD <input type="checkbox"/> Ánh đồng tử: <input type="checkbox"/> Hồng <input type="checkbox"/> Tối.....

<p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p>Còn thể thủy tinh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật</p> <p><input type="checkbox"/> Lệch thể thủy tinh:</p> <p><input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính</p> <p><input type="checkbox"/> IOL <input type="checkbox"/> Lệch IOL</p> <p><input type="checkbox"/> Đục bao sau</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p>Còn thể thủy tinh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật</p> <p><input type="checkbox"/> Lệch thể thủy tinh:</p> <p><input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính</p> <p><input type="checkbox"/> IOL <input type="checkbox"/> Lệch IOL</p> <p><input type="checkbox"/> Đục bao sau</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Viêm mủ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....<input type="checkbox"/> Tổ chức hóa</p> <p><input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Thể thủy tinh</p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Viêm mủ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....<input type="checkbox"/> Tổ chức hóa</p> <p><input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt</p> <p>Đĩa thị:</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> C/D.....</p> <p><input type="checkbox"/> Phù gai.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bạc màu gai thị.....</p> <p>Võng mạc:</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vết rách võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p><input type="checkbox"/> Sẹo võng mạc.....</p> <p>Khác:.....</p> <p>Hệ mạch: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p>.....</p> <p>Khác:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong hắc mạc <input type="checkbox"/> Rạn màng Bruch</p> <p>Khác:</p>	<p>Dịch kính</p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt</p> <p>Đĩa thị:</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> C/D.....</p> <p><input type="checkbox"/> Phù gai.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bạc màu gai thị.....</p> <p>Võng mạc:</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vết rách võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p><input type="checkbox"/> Sẹo võng mạc.....</p> <p>Khác:.....</p> <p>Hệ mạch: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p>.....</p> <p>Khác:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong hắc mạc <input type="checkbox"/> Rạn màng Bruch</p> <p>Khác:</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt</p> <p>Đĩa thị:</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> C/D.....</p> <p><input type="checkbox"/> Phù gai.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bạc màu gai thị.....</p> <p>Võng mạc:</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vết rách võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p><input type="checkbox"/> Sẹo võng mạc.....</p> <p>Khác:.....</p> <p>Hệ mạch: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p>.....</p> <p>Khác:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong hắc mạc <input type="checkbox"/> Rạn màng Bruch</p> <p>Khác:</p>	<p>Đáy mắt</p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt</p> <p>Đĩa thị:</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> C/D.....</p> <p><input type="checkbox"/> Phù gai.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bạc màu gai thị.....</p> <p>Võng mạc:</p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vết rách võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p><input type="checkbox"/> Sẹo võng mạc.....</p> <p>Khác:.....</p> <p>Hệ mạch: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p>.....</p> <p>Khác:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong hắc mạc <input type="checkbox"/> Rạn màng Bruch</p> <p>Khác:</p>

.....	
.....	

2. Toàn thân

Chưa có biểu hiện bệnh lý

Bệnh lý

Mạch:..... Làn/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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện:..... ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:.....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đờ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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

	Mắt phải				Mắt trái			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
<i>Loại phẫu thuật Thủ thuật</i>	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 ...)					
<i>Thời điểm Phẫu Thuật</i>								
<i>Nơi phẫu thuật</i>	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		
<input type="checkbox"/> Cận thị	<input type="checkbox"/> Viễn thị	<input type="checkbox"/> Chấn thương	<input type="checkbox"/> Cận thị	<input type="checkbox"/> Viễn thị	<input type="checkbox"/> Chấn thương
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	

<input type="checkbox"/> Viêm màng bồ đào <input type="checkbox"/> Viêm phần trước nhãn cầu <input type="checkbox"/> Tác TMTTVM <input type="checkbox"/> Đã PT mắt: <input type="checkbox"/> Bệnh khác: <input type="checkbox"/> Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. Tên thuốc: - Thời gian sử dụng: - Đường dùng: <input type="checkbox"/> Tra mắt <input type="checkbox"/> Tiêm mắt <input type="checkbox"/> Toàn thân <input type="checkbox"/> Theo chỉ định của bác sỹ <input type="checkbox"/> Bệnh nhân tự dùng thuốc	<input type="checkbox"/> Viêm màng bồ đào <input type="checkbox"/> Viêm phần trước nhãn cầu <input type="checkbox"/> Tác TMTTVM <input type="checkbox"/> Đã PT mắt: <input type="checkbox"/> Bệnh khác: <input type="checkbox"/> Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. Tên thuốc: - Thời gian sử dụng: - Đường dùng: <input type="checkbox"/> Tra mắt <input type="checkbox"/> Tiêm mắt <input type="checkbox"/> Toàn thân <input type="checkbox"/> Theo chỉ định của bác sỹ <input type="checkbox"/> Bệnh nhân tự dùng thuốc
---	---

2.2. Tiền sử bệnh toàn thân Có Không

<input type="checkbox"/> Tim mạch	<input type="checkbox"/> Huyết áp (cao, thấp)	<input type="checkbox"/> Đái đường
<input type="checkbox"/> Thông động mạch cảnh – xoang hang	<input type="checkbox"/> Bệnh khác:	



2.3. Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình Có Không

<input type="checkbox"/> ông, bà	<input type="checkbox"/> bố, mẹ
<input type="checkbox"/> anh, chị, em	<input type="checkbox"/> cô, dì, chú, bác

III. Khám bệnh:

1. Khám Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	Thị lực Không kính Có kính	
	Nhãn áp	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Tình trạng nhãn cầu	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Vận nhãn	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Lệ đạo	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Mi mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Vị trí:..... <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Dẹt <input type="checkbox"/> Xơ <input type="checkbox"/> Mỏng <input type="checkbox"/> Quá phát Mô tả:	Kết mạc Cương tụ Sẹo mổ cũ Bọng dò	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Vị trí:..... <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Dẹt <input type="checkbox"/> Xơ <input type="checkbox"/> Mỏng <input type="checkbox"/> Quá phát Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường	Giác mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường
<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục	Tình trạng trong suốt	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Mức độ:.....	Phù nề, bọng biểu mô	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Mức độ:.....
.....	Độ dày giác mạc	.....
.....	Đường kính Gm	.....
.....	Tủa (số lượng, vị trí)	.....
Mô tả:		Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Vị trí:..... Mô tả:	Củng mạc Dẫn lối Sẹo mổ	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Vị trí:..... Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường .....mm < 1/4. 1/4.1/2 ≥ GM 	Tiền Phòng Độ sâu (P.P Smith) P.p Herick Góc tiền phòng	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường .....mm < 1/4. 1/4.1/2 ≥ GM 
<input type="checkbox"/> Tân mạch góc:..... <input type="checkbox"/> Vị trí góc:..... <input type="checkbox"/> Sắc tố:..... <input type="checkbox"/> U:..... Khác:.....	Dấu hiệu khác	<input type="checkbox"/> Tân mạch góc:..... <input type="checkbox"/> Vị trí góc:..... <input type="checkbox"/> Sắc tố:..... <input type="checkbox"/> U:..... Khác:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Mức độ:..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Mông mắt Màu sắc Tình trạng thoái hóa Tân mạch	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Mức độ:..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Mô tả:.....		Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất	Đồng tử Đường kính Viền sắc tố Phản xạ	<input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Nhân <input type="checkbox"/> Vỏ <input type="checkbox"/> Dưới bao <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> Lệch <input type="checkbox"/> Iol <input type="checkbox"/> Không T3 <input type="checkbox"/> Khác Mô tả:	Thể thủy tinh	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Nhân <input type="checkbox"/> Vỏ <input type="checkbox"/> Dưới bao <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> Lệch <input type="checkbox"/> Iol <input type="checkbox"/> Không T3 <input type="checkbox"/> Khác Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Dịch kính	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi rõ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Khuyết viền thần kinh (<input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/> Trên <input type="checkbox"/> Mũi <input type="checkbox"/> Thái dương) <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Chuyển hướng <input type="checkbox"/> Gập góc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi rõ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Khuyết viền thần kinh (<input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/> Trên <input type="checkbox"/> Mũi <input type="checkbox"/> Thái dương) <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Chuyển hướng <input type="checkbox"/> Gập góc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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

Mờ

Nhức

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
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Tình trạng nhãn cầu	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Vận nhãn Lé (lác)	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Lệ đạo	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Mi mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Kết mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Giác mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Củng mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả:	Tiền Phòng	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả:	Mống mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả:	Đồng tử (Phần xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả:
Thể thủy tinh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục nhân <input type="checkbox"/> Đục vỏ <input type="checkbox"/> Đục dưới bao sau <input type="checkbox"/> Chấn thương <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Độ 4 <input type="checkbox"/> Độ 5 Lịch thể thủy tinh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bẩm sinh <input type="checkbox"/> Chấn thương <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính IOL: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Cân <input type="checkbox"/> Lệch Đục bao sau: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Khác:	Thể thủy tinh	Thể thủy tinh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục nhân <input type="checkbox"/> Đục vỏ <input type="checkbox"/> Đục dưới bao sau <input type="checkbox"/> Chấn thương <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Độ 4 <input type="checkbox"/> Độ 5 Lịch thể thủy tinh: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bẩm sinh <input type="checkbox"/> Chấn thương <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính IOL: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Cân <input type="checkbox"/> Lệch Đục bao sau: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Khác:
<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Không quan sát được Tổn thương khác:	Dịch kính	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Không quan sát được Tổn thương khác:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt Mô tả:	Đáy mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt 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 sĩ 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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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.....
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/>/...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

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:

+ Dự ứng : Không Có

+ Tại mắt:.....

.....
.....

+ Toàn thân:.....

.....
.....

+ Gia đình:.....

.....
.....

III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

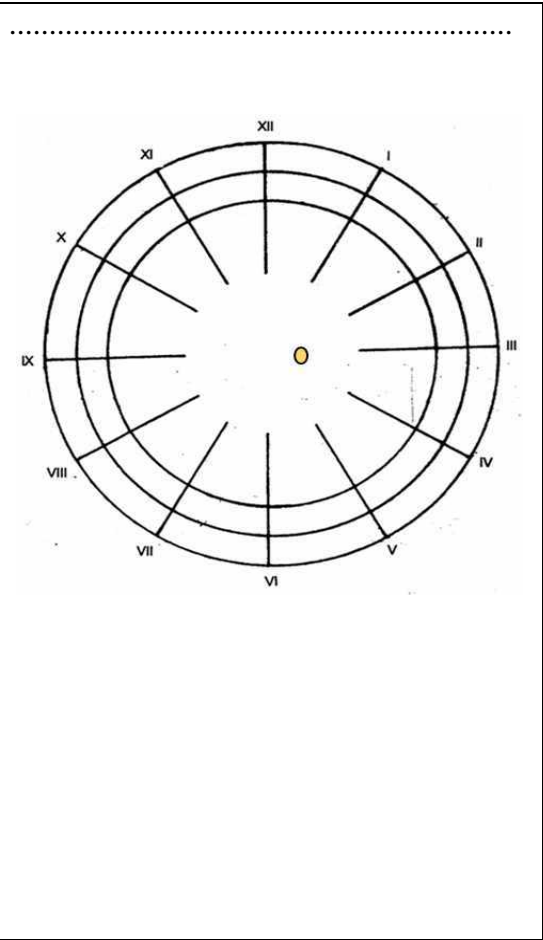
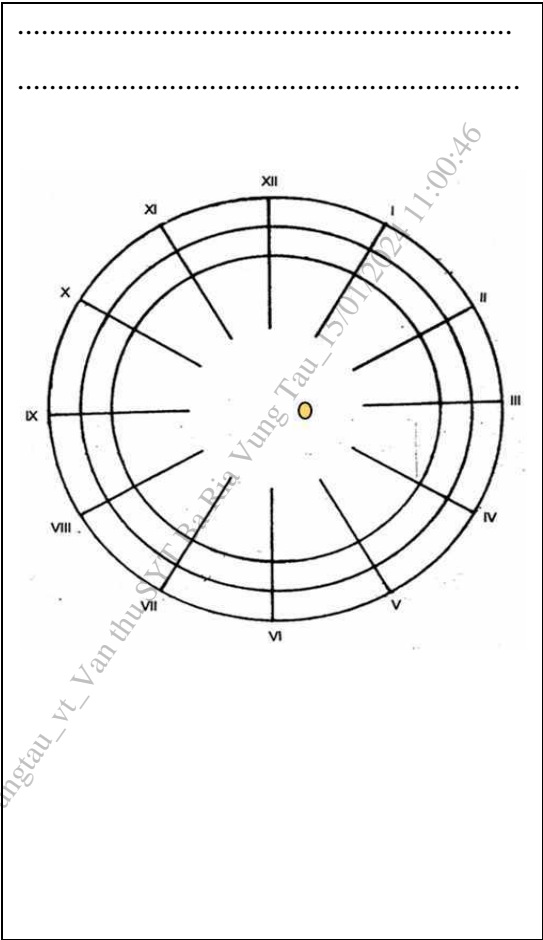
MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	Thị lực Không kính Có kính	
	Nhãn áp	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Hốc mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Tình trạng nhãn cầu	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Vận nhãn	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Lệ đạo	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Mi mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Giác mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Củng mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường: Mô tả:.....	Tiền Phòng	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường: Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Mống mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Đông tử (<i>Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...</i>)	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Thể thủy tinh	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....

syt_bartavungtau_vu... SYT Bà Rịa-Vũng Tàu 15/01/2024 11:00:46

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được Mô tả:.....	Dịch kính	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được Đĩa thị: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... Hoàng điểm: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... Võng mạc ngoài hoàng điểm: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... Động mạch: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... Tĩnh mạch: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....	Đáy mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được Đĩa thị: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... Hoàng điểm: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... Võng mạc ngoài hoàng điểm: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... Động mạch: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... Tĩnh mạch: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:.....

syt_bariavinhgiau_vu_VanThu_STT_Ba_Ria_Vung_Tau_15/01/2024_11:00:46



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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.....

synt_bariavungtao_vt...
SYT Bariavungtao_VT
15/01/2024 11:00:46

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):.....
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: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<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																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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:

+ Dự ứng : Không Có

+ Tại mắt:.....
.....
.....

+ Toàn thân:.....
.....
.....

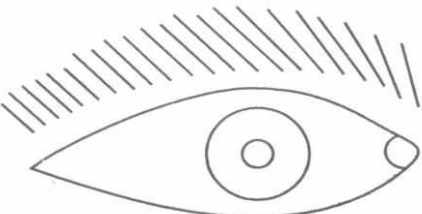
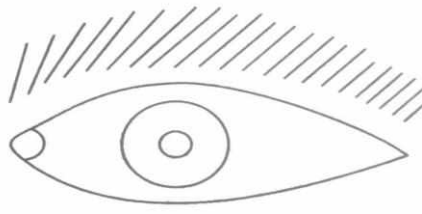
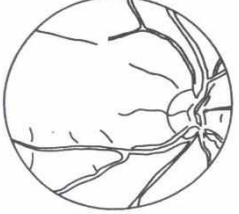

+ Gia đình:.....
.....

III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẦN	MẮT TRÁI
	Thị lực Không kính Có kính	
	Nhãn áp	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Tình trạng nhãn cầu	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Vận nhãn	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Lệ đạo	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường	Mi mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường

Mô tả:		Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Kết mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Ghép giác mạc: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Mô tả: Biểu mô: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: Nhu mô: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: Nội mô và Descemet: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: Cảm giác GM: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Giác mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Ghép giác mạc: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Mô tả: Biểu mô: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: Nhu mô: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: Nội mô và Descemet: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: Cảm giác GM: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Củng mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT): <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có.....Giây Chiều cao liềm nước mắt: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> cao <input type="checkbox"/> thấp <input type="checkbox"/> Bình thường Test Schirmer I: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có.....mm Mô tả:	Đánh giá nước mắt	Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT): <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có.....Giây Chiều cao liềm nước mắt: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> cao <input type="checkbox"/> thấp <input type="checkbox"/> Bình thường Test Schirmer I: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có .....mm Mô tả:

	Hình vẽ mô tả	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Tiền Phòng	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Móng mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Đồng tử (Phần xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Thể thủy tinh	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Dịch kính	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
 <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Đáy mắt	 <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> 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:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> 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..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> 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:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Hốc mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Tình trạng nhãn cầu	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Vận nhãn Lé (lác)	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Lệ đạo	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Mi mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Kết mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Chiều dày giác mạc trung tâm:..... Công suất giác mạc:..... Mô tả:	Giác mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Chiều dày giác mạc trung tâm:..... Công suất giác mạc:..... Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Củng mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Tiền phòng	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Móng mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Đồng tử (Phần xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Thể thủy tinh	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:

.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Dịch kính	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:	Đáy mắt	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> 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

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)