

Phụ lục số XXVIII
MẪU BỆNH ÁN

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

NỘI DUNG	MS
1. Bệnh án Nội khoa	01/BV1
2. Bệnh án Nhi khoa	02/BV1
3. Bệnh án Truyền nhiễm	03/BV1
4. Bệnh án Phụ khoa	04/BV1
5. Bệnh án Sản khoa	05/BV1
6. Bệnh án Sơ sinh	06/BV1
7. Bệnh án Tâm thần	07/BV1
8. Bệnh án Da liễu	08/BV1
9. Bệnh án Huyết học-Truyền máu	09/BV1
10. Bệnh án Ngoại khoa	10/BV1
11. Bệnh án Bóng	11/BV1
12. Bệnh án Ung bướu	12/BV1
13. Bệnh án Răng Hàm Mặt	13/BV1
14. Bệnh án Tai Mũi Họng	14/BV1
15. Bệnh án Ngoại trú chung	15/BV1
16. Bệnh án Ngoại trú Răng Hàm Mặt	16/BV1
17. Bệnh án dùng cho tuyến xã/phường	17/BV1
18. Bệnh án Nội trú Y học cổ truyền	18/BV1
19. Bệnh án Ngoại trú Y học cổ truyền	19/BV1
20. Bệnh án Nội trú Nhi Y học cổ truyền	20/BV1
21. Bệnh án Mắt (chấn thương)	21/BV1
22. Bệnh án Mắt (Bán phần trước)	22/BV1
23. Bệnh án Mắt (Đáy mắt)	23/BV1
24. Bệnh án Mắt (Glocom)	24/BV1
25. Bệnh án Mắt (Lác)	25/BV1
26. Bệnh án Mắt trẻ em	26/BV1

NỘI DUNG	MS
27.Bệnh án phục hồi chức năng	27/BV1
28. Bệnh án phục hồi chức năng nhi	28/BV1
29. Bệnh án ngoại trú phục hồi chức năng	29/BV1

Sở Y tế:

MS: 01/BV-01

Bệnh viện:

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

Mã YT/...../...../.....

BỆNH ÁN NỘI KHOA

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (<i>In hoa</i>):	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx)	Xã, phường Tỉnh, thành phố	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đôi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Sổ thẻ BHYT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số	

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cáp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1.Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị.....
16. Chuyển <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Giờ.....phút...../...../.....	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện: + Bệnh chính:
21. KKB, Cáp cứu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... + Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo
		+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
25. Giải phẫu bệnh (<i>khi có sinh thiết</i>): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ac tÝnh <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong:
	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ của bệnh

II. Hồi bệnh:

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

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (phát triển thê lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv..)

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

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v..).

.....
.....

III-Khám bệnh:

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

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

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

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

+ Hô hấp:

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

+ Tiêu hoá:

.....

- + Thận- Tiết niệu- Sinh dục:
- + Thần Kinh:
- + Cơ- Xương- Khớp:
- + Tai- Mũi- Họng:
- + Răng- Hàm- Mặt:
- + Mắt:
- + Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

- 3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:**
- 4. Tóm tắt bệnh án:**

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cân lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

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

3. Phương pháp điều trị:

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

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

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

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

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

Sở Y tế:

Bệnh viện:

Khoa:Giường.....

MS: 02/BV-01

Số lưu trữ:

Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (*In hoa*): 2. Sinh ngày: Tuổi
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ
4. Dân tộc: 5. Ngoại kiều:
6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
7. Họ tên bố Trình độ VH của bố Họ tên mẹ Trình độ VH của mẹ
- Nghề nghiệp của bố: Nghề nghiệp của mẹ:
8. Đôi tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
9. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT
10. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

11. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	13.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
12. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	16. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
14. Vào khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....	17. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Dura về <input type="checkbox"/>
15. Chuyển Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....	18. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

19. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	22. Ra viện: + Bệnh chính:
20. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo
21. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

23. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	24. Giải phẫu bệnh (<i>khi có sinh thiết</i>): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	25. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>	26. Nguyên nhân chính tử vong:
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			27. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 28. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện**Trưởng khoa**

Họ và tên

Họ và tên

A- 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:

+ Bản thân: (*phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv...*)

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

3. Quá trình sinh trưởng:

S S S S

- Con thứ mấy - Tiên thai (Para) (Sinh (đủ tháng), Sớm (đẻ non), Sẩy (nạo, hút), Sống)
- Tình trạng khi sinh: 1.Đẻ thường 2.Forceps 3.Giác hút 4.Đẻ phẫu thuật 5.Đẻ chỉ huy 6.Khác
- Cân nặng lúc sinh:kg. Dị tật bẩm sinh: Cụ thể tật bẩm sinh:
- Phát triển về tinh thần:
- Phát triển về vận động:
- Các bệnh lý khác:
- Nuôi dưỡng: 1. Sữa mẹ 2. Nuôi nhân tạo 3. Hỗn hợp - Cai sữa tháng thứ
- Chăm sóc: 1. Tại vườn trẻ 2. Tại nhà
- Đã tiêm chủng: 1. Lao 2.Bại liệt 3.Sởi 4.Ho gà 5.Uốn ván 6.Bạch hầu 7.Tiêm chủng khác
- Cụ thể những bệnh khác được tiêm chủng:

III-Khám bệnh:

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

- Chiều cao:cm; - Vòng ngực:cm; - Vòng đầu: cm

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ	°C
Huyết áp	/ mmHg
Nhip thở	lần/ph

Cân nặng.....kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

- + Hô hấp:
-
-
- + Tiêu hoá:
-
-
- + Thận- Tiết niệu- Sinh dục:
-
-
- + Thần Kinh:
-
-
- + Cơ- Xương- Khớp:
-
-
- + Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Dinh dưỡng và các bệnh lý khác:
-
-

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

4. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

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

3. Phương pháp điều trị:

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:.....

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

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

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

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

Sở Y tế:

MS: 03/BV-01

Bệnh viện:

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

Mã YT/...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Tuổi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:								
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:								
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Huyện (Q, Tx)	Xã, phường..... Tỉnh, thành phố.....								
8. Nơi làm việc:	9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>								
10. BHYT giá trị đến ngàytháng..... năm Sô thẻ BHYT	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>								
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số.....								

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đên						
Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr 15. Vào khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>Giờ....phút...../...../..... 16. Chuyển Khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>Giờ....phút...../...../..... Khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>Giờ....phút...../...../.....Giờ....phút...../...../.....							18. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Dura về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				23. Ra viện: + Bệnh chính:
21. KKB, Cấp cứu:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				+ Bệnh kèm theo
22. Khi vào khoa điều trị..... + Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị 1. Khỏi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 4. Nặng hon <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2. Đở, giảm <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 5. Tử vong <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Không thay đổi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>											26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2.Do tai biến điều trị <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Khác <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1. Trong 24 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2.Sau 24 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác týnh <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong:																				
	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:																				

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện**Trưởng khoa**

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ của bệnh

II. Hồi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v..*).

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (*phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv..*)

.....
.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình: (*Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v..*).

.....
.....

3. Dịch tễ:

- Bệnh cấp tính đang lưu hành ở:

.....

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

..... Thời gian:.....

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

.....
.....

III-Khám bệnh:

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

.....	Mạch/lần/ph
.....	Nhiệt độ°C
.....	Huyết áp/..... mmHg
.....	Nhip thở/lần/ph
.....	Cân nặngkg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

.....
.....

- + Hô hấp:
-
-
- + Tiêu hoá:
-
-
- + Thận- Tiết niệu- Sinh dục:
-
-
- + Thần Kinh:
-
-
- + Cơ- Xương- Khớp:
-
- + Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Nội tiết, Dinh dưỡng và các bệnh lý khác:
-

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

4. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

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

3. Phương pháp điều trị:

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:.....

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

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

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

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

Sở Y tế:

MS: 04/BV-01

Bệnh viện:

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

Mã YT/...../.....

BỆNH ÁN PHỤ KHOA**I. HÀNH CHÍNH:**

1. Họ và tên(*In hoa*): 2. Sinh ngày: Tuổi
3. Nghề nghiệp:
4. Dân tộc:
5. Ngoại kiều:
6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
7. Nơi làm việc: 8. Đôi tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
9. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Sô thẻ BHYT
10. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

11. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	13. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tư đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
12. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
14. Vào khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	16. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
15. Chuyển <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
17. Ra viện: <input type="text"/> giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>	18. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

19. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	24. Ra viện: + Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (nguyên nhân): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. Khi vào khoa điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
23. Tổng số lần phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị: 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	27. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
26. Giải phẫu bệnh (<i>khi có sinh thiết</i>): 1.Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	28. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
29. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/>	30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện**Trưởng khoa**

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý:

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (những bệnh đã mắc, dị ứng, thói quen ăn uống, sinh hoạt, thuốc lá, rượu bia, ma tuý, khác....)

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

+ Gia đình:

.....

3. Tiền sử sản phụ khoa:

- Bắt đầu thấy kinh năm: Tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: Chu kỳ: ngày. Số ngày thấy kinh lượng kinh:

- Kinh lần cuối ngày Đau bụng: Thời gian: 1. Trước 2. Trong 3. Sau

- Lấy chồng năm: tuổi Hết kinh năm: tuổi

- Những bệnh phụ khoa đã điều trị:

.....
.....

4. Tiền sử sản khoa: S S S S

- Tiền thai (Para) (Sinh (*đủ tháng*), Sớm (*đẻ non*), Sẩy (*nạo, hút*), Sóng)

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: da niêm mạc.....

Hạch:	Mach: lằn/ph
	Nhiệt độ °C
	Huyết áp / mmHg
	Nhịp thở lằn/ph
Vú:	Cân nặng kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

.....
.....

+ Hô hấp:

.....
.....

+ Tiêu hoá:

.....

+ Thần kinh:

+ Cơ- Xương- Khớp:

+ Thận- Tiết niệu:

- Khác:

3. Khám chuyên khoa:

a. *Khám ngoài*

- Các dấu hiệu sinh dục thứ phát:
- Môi lớn:
- Môi bé:
- Âm vật:
- Âm hộ:
- Màng trinh:
- Tầng sinh môn:

b. *Khám trong:*

- Âm đạo:
- Cổ tử cung:
- Thân tử cung:
- Phản phụ:
- Các túi cùng:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....

.....

.....

5. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

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

.....
.....

3. Phương pháp điều trị:

.....
.....

- Phẫu thuật

- Thủ thuật

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện.....

.....
.....

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

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

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường.....

BỆNH ÁN SẢN KHOA

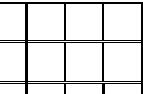
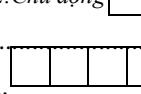
MS: 05/BV-01
Só lru trř:
Mā YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

11. Vào viện:giờ.....phút.....ngày...../...../.....		13. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Từ đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>	
12. Trực tiếp vào: 1. Cáp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> 3. Khoa điều trị <input type="checkbox"/>		- Vào viện do bệnh này lần thứ _____	
Khoa _____ ng / th / năm Số ngày ĐTr			
14. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....		16. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>	
		- Chuyển đến	
15. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		17. Ra viện:giờngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.qua về <input type="checkbox"/>	
.....Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....		18. Tổng số ngày điều trị.....	

III. CHẨN ĐOÁN

19. Nơi chuyển đến:		25. Tình hình phẫu thuật: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. Chủ động <input type="checkbox"/> + Chẩn đoán trước phẫu thuật: 		
20. KKB, Cấp cứu:		+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: 		
21. Lúc vào đẻ:		
22. Ngày đẻ (mô đẻ):		
23. Ngôi thai:		+ Phương pháp phẫu thuật:		
24. Cách thức đẻ:		26. Trẻ sơ sinh: 1. Đơn thai <input type="checkbox"/> 2. Đa thai <input type="checkbox"/> 3. Trai <input type="checkbox"/> 4. Gái <input type="checkbox"/> a -Sóng <input type="checkbox"/> b -Chết <input type="checkbox"/> 5. Dị tật:		
- Kiểm soát tử cung:	<input type="checkbox"/>		
- Tai biến <input type="checkbox"/>	- Biến chứng: <input type="checkbox"/>		
1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/>	2. Do gây mê <input type="checkbox"/>	3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/>	4. Khác <input type="checkbox"/>
27. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28. Tổng số lần phẫu thuật: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<p>29. Kết quả điều trị:</p> <p>1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/></p> <p>2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Chuyển viện <input type="checkbox"/></p> <p>3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 6. Tử vong <input type="checkbox"/></p> <p>30. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):</p> <p>1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/></p>	<p>31. Tình hình tử vong: giờ phút ngày tháng năm <input type="checkbox"/></p> <p>1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/></p> <p>1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. Ngoài 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/></p> <p>32. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>33. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 34. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	--

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

BỆNH HÀN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình kỳ thai này: kinh cuối cùng từ ngày/...../..... đến ngày/...../..... - Tuổi thai:tuần

- Khám thai tại:

- Tiêm phòng uốn ván Được tiêm lần
- Bắt đầu chuyển dạ từ giờ phút ngày/...../.....
- Dấu hiệu lúc đầu:
- Biến chuyển:

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (những bệnh đã mắc, dị ứng, thói quen ăn uống, sinh hoạt, khác...)
.....
.....

+ Gia đình:

3. Tiền sử phụ khoa:

- Bắt đầu thấy kinh năm: Tuổi:
- Tính chất kinh nguyệt: Chu kỳ: ngày - Lượng kinh:
- Lấy chồng năm: tuổi
- Những bệnh phụ khoa đã điều trị:

4. Tiền sử sản khoa

Số lần có thai	Năm	Đe đủ tháng	Đé thiếu tháng	Sẩy	Hút	Nạo	Co-vac	Chữa ngoài TC	Chữa trứng	Thai chết lưu	Con hiện sống	Cân nặng	Phương pháp đẻ	Tai biến
1														
2														
3														
4														
5														
6														

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

- Toàn trạng: Phù

- Tuần hoàn:

- Hô hấp:

- Tiêu hoá.....

Mạch lần/ph
Nhiệt độ °C
Huyết áp / mmHg
Nhip thở lần/ph
Chiều cao cm
Cân nặng Kg

- Tiết niệu:
- Các bộ phận khác:
-

2. Khám ngoài:

- Bụng có sẹo phẫu thuật cũ - Hình dạng TC: Tư thế:
- Chiều cao TC: cm, vòng bụng: cm
- Tim thai: lần/ phút - Cơ co TC:
- Vú:

3. Khám trong:

- Chỉ số Bishop **Điểm**
- Âm hộ: - Âm đạo:
- Cổ tử cung: - Phần phụ:
- Ối vỡ lúc: giờ phút ngày/...../.....
- Màu sắc nước ối:
- Ngôi: - Thể:
- Độ lọt: 1.Cao 2.Chúc 3. Chặt 4.Lọt
- Tầng sinh môn:
- Tình trạng ối: 1.Ối phòng 2.Ối det 3.Ối quả lê
- Ối vỡ: 1. Tự nhiên 2. Bấm ối
- Nước ối nhiều hay ít:
- Kiểu thể:
- Đường kính nhô hạ vệ:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Chẩn đoán:

- Khi vào khoa:
- Phân biệt:
-
-

6. Tiên lượng:

7. Hướng điều trị:

- Phương pháp chính:
-
-
-

Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sĩ làm bệnh án

IV. Theo dõi tại buồng đẻ:

- Vào buồng đẻ lúc: giờ phút ngày/...../.....
 - Tên người theo dõi: Chức danh:

1. Đặc điểm trẻ sơ sinh:

- Đẻ lúc: giờ ngày/...../..... - Apgar: 1 phút: điểm 5 phút: điểm 10 phút: điểm
 - Cân nặng: gram Cao: cm, Vòng đầu: cm
 - Con: - Đơn thai 1.Trai 2.Gái - Đa thai: 1. Trai 2. Gái - Tật bẩm sinh: - Có hậu môn
 Cụ thể tật bẩm sinh:
 - Tình trạng trẻ sơ sinh sau khi đẻ:
 - Xử lý và kết quả:

2. Đặc điểm sổ rau: Rau: 1. Bóc 2. Sổ

- Rau sổ lúc: giờ phút ngày/...../..... - Cách sổ rau:
 - Mặt màng: - Mặt mũi:
 - Bánh rau: - Cân nặng: gram - Rau cuốn cổ:
 - Cuống rau dài: Cm Có chảy máu sau sổ Nếu có, lượng máu mất: ml
 - Kiểm soát tử cung:
 - Xử lý và kết quả:

3. Tình trạng sản phụ sau đẻ: - Da, niêm mạc: Mạch lcdn/ph

- Phương pháp đẻ: 1.đẻ thường 2.forceps 3.giác hút 4.PT 5.đẻ chỉ huy 6.khác Nhiệt độ °C
 - Lý do can thiệp: Huyết áp/..... mmHg
 - Tầng sinh môn: 1. Không rách 2. Rách 3. Cắt Nhịp thở lcdn/ph

Nếu có, phương pháp khâu và loại chỉ: Số mũi khâu:

- Cổ tử cung: 1. Không rách 2. Rách

4. 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

1. Tai biến PT 2. Biến chứng 1. Do PT 2. Do gây mê 3. Do nhiễm khuẩn 4. Khác

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

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

- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên.....
-----------------	--	-------------	-------------

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường.....

BỆNH ÁN SƠ SINH

MS: 06/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (*In hoa*): 2. Sinh ngày:
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ
4. Họ tên mẹ: Sinh ngày:
- Nghề nghiệp: Đê lán mây:
5. Họ tên bố: Sinh ngày:
- Nghề nghiệp: 6. Dân tộc: 7. Ngoại kiều:
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
9. Nhóm máu mẹ: 10. Tiền thai (Para) (Sinh (đủ tháng), Sớm (thiếu tháng), Sẩy (nạo, hút), Sóng)
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

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

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện: + Bệnh chính: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>
21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Thủ thuật sau sinh <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật sau sinh <input type="checkbox"/> + Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

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

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

II. Hỏi bệnh: (*diễn biến bệnh của sơ sinh*)

a. Tình hình sản phụ trong khi đẻ:

- Ối vỡ giờ phút ngày / /

- Màu sắc:

Cách đẻ: 1. Đẻ thường 2. Can thiệp lúc giờ phút ngày / /

Lý do can thiệp:

b. Tình trạng sơ sinh khi ra đời: 1. Khóc nga 2. Nga 3. Không

Họ tên, chức danh người đỡ đẻ, phẫu thuật:

Apgar 1 phút 5 phút 10 phút Cân nặng (g)

Tình trạng dinh dưỡng sau sinh:

c- Phương pháp hồi sinh ngay sau đẻ:

TT	Phương pháp		TT	Phương pháp	
1	Hút dịch		4	Đặt nội khí quản	
2	Xoa bóp tim		5	Bóp bóng O ₂	
3	Thở O ₂		6	Khác	

III. Khám bệnh: Họ tên, chức danh người chuyển sơ sinh:

1. Toàn thân: - Dị tật bẩm sinh : - Có hậu môn:

Cụ thể dị tật:

- Tình hình sơ sinh khi vào khoa:

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

Cân gr
Chiều dài cm
Vòng đầu cm

+ Tình trạng toàn thân:

.....
.....

Nhiệt độ °C
Nhịp thở lần /phút

+ Màu sắc da : 1. Hồng hào 2. Xanh tái 3. Vàng 4. Tím 5. Khác

2. Các cơ quan khác:

- Hô hấp:

+ Nhịp thở : lần/ phút .

+ Nghe phổi

+ Chỉ số Silverman Điểm

Điểm	Sự dồn nén lồng ngực	Co kéo cơ liên sườn	Co kéo mũi úc	Đập cánh mũi	Rên rỉ
0	Điều hoà	Không	Không	Không	Không
1	Xê dịch nhịp thở với di động bụng	Có ít	Có ít	Nhẹ	Nghe bằng ống nghe
2	Không di động ngực bụng	Thấy rõ	Thấy rõ	Rõ	Tai thường nghe rõ

- Tim mạch : Nhịp tim lần/ phút .

- Bụng:

- Cơ quan sinh dục ngoài:
- Xương khớp:
- Thần kinh: + Phản xạ:
- + Trương lực cơ:

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

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

4. Tóm tắt bệnh án :

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

5. Chỉ định theo dõi:

.....
.....

Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

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

.....
.....

3. Phương pháp điều trị:

.....
.....

4. Tình trạng sơ sinh ra viện:

.....

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

.....

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

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường.....

BỆNH ÁN TÂM THẦN

MS: 07/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Dân tộc:	6. Trình độ văn hoá:	7. Ngoại kiều: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx)	Xã, phường Tỉnh, thành phố	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Nơi làm việc:	10. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	
11. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Sổ thẻ BHYT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
12. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số:	

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....phút.....ngày...../...../.....	15.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
14. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	18. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Vào khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....	19. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>
17. Chuyển Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....	20. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

21. Nơi chuyển đến:	MÃ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MÃ
22. KKB, Cấp cứu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Khi vào khoa điều trị:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>		

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ..... ph..... ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
27. Nguyên nhân chính tử vong:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/>	29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:.....Vào ngày thứ của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (tình trạng trước khi mắc bệnh, các biểu hiện ban đầu, sự tiến triển của bệnh, quá trình điều trị và tình trạng bệnh hiện nay).

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (Sự phát triển về tâm thần và thể chất từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc phải, tình hình học tập, khả năng lao động công tác, đặc điểm tính cách từ nhỏ đến lớn).....

.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình: (ông, bà, cha, mẹ, anh, chị em ruột, con cái, họ hàng có ai mắc bệnh gì không: chú ý bệnh thần kinh, tâm thần)?:

III-Khám bệnh:

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

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhip thở.....	lần/ph
Cân nặng.....	kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

+ Cơ- Xương- Khớp:

+ Tai- Mũi- Họng:

+ Răng- Hàm- Mắt:

+ Mắt:

+ Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

.....

.....

.....

3. Khám:

a. Thần kinh:

Dây thần kinh sọ não:

.....

.....

Dây mắt:

Vận động:

.....

.....

Trưởng lực cơ:

Cảm giác (nóng, sâu):

Phản xạ:

.....

.....

.....

b. Tâm thần:

Biểu hiện chung:

.....

.....

Ý thức định hướng lực: - Không gian:

.....

.....

- Thời gian:

.....

.....

Tình cảm, cảm xúc:

.....

.....

Tri giác: (khả năng nhận thức thực tại khách quan, các rối loạn):

.....

.....

Tư duy: - Hình thức:

.....

.....

- Nội dung:

.....

.....

Hành vi tác phong:	- Hoạt động có ý chí:

	- Hoạt động bắn nǎng:

Trí nhớ:	- Nhớ máy móc:

	- Nhớ thông hiếu:

Trí năng:	- Khả năng phân tích:

	- Khả năng tổng hợp:

Chú ý:	

4. Các xét nghiệm cân lâm sàng cần làm:

5. Tóm tắt triệu chứng và hồi chứng:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiêu lượng:

VI. Hướng điều trị:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cân lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

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

Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính 2. Nghi ngờ 3. Ác tính

3. Phương pháp điều trị:

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:.....

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

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

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

Sở Y tế:

Bệnh viện:

Khoa:Giường.....

MS: 08/BV-01

Số lưu trữ:

Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Huyện (Q, Tx)	Xã, phường..... Tỉnh, thành phố.....
8. Nơi làm việc:	9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>
10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Sổ thẻ BHYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đên
15. Vào khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>
16. Chuyển Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện: + Bệnh chính:
21. KKB, Cấp cứu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>		+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong:
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện**Trưởng khoa**

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN**I. Lý do vào viện:** Vào ngày thứ của bệnh**II. Hồi bệnh:****I. Quá trình bệnh lý:** (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyệ́n dượ́i v.v..*).

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu			Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng <input type="checkbox"/>	(dị nguyên)	04	- Thuốc lá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02	- Ma tuý <input type="checkbox"/>		05	- Thuốc lào	<input type="checkbox"/>		
03	- Rượu bia <input type="checkbox"/>		06	- Khác	<input type="checkbox"/>		

+ Gia đình:

III. Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch,.....)

Mạch.....	lần/ph
Nhiệt độ	°C
Huyết áp.....	/..... mmHg
Nhip thở.....	lần/ph
Cân nặng	kg

2. Triệu chứng cơ năng:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Các cơ quan:

- + Tuần hoàn:
-
- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hoá:
-
- + Thận -Tiết niệu - sinh dục:
-
- + Thần kinh ngoại biên:
-
- + Các cơ quan khác:
-

5. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....

.....

.....

6. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

+ Bệnh chính:

+ Bệnh kèm theo (nếu có):

+ Phân biệt:

V. Tiêu lượng:

VI. Hướng điều tri:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Ho và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

2. Tóm tắt kết quả xét nghiêm cân lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

.....

3. Phương pháp điều trị:

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

5. Hướng điều tri và các chế độ tiếp theo:.....

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

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường.....

BỆNH ÁN

HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU

MS: 09/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx)	Xã, phường Tỉnh, thành phố	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Sổ thẻ BHYT		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số:	

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cáp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="checkbox"/>
Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
16. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
.....Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đến và <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23. Ra viện:
.....	+ Bệnh chính:
21. KKB, Cáp cứu:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... + Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo
.....
		+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>		27. Nguyên nhân chính tử vong:
		28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ của bệnh

II. Hồi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v..*).

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(<i>dị nguyên</i>)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình:

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

- Tinh thần của người bệnh:
- Hình dáng tư thế:
- Da, niêm mạc:
- Triệu chứng xuất huyết (*mô tả chi tiết*):

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ	°C
Huyết áp /	mmHg
Nhip thở	lần/ph
Cân nặng	kg

- Hệ thống lông, tóc, móng:
- Triệu chứng phù:
- Tuyến giáp:

2. Các cơ quan:

- + Gan: Kích thước:
- Mật độ:
- Bờ:
- Mặt gan:
- Đau:
- + Lách: Kích thước:
- Mật độ:
- Bờ:
- Mặt gan:
- Đau:
- + Hạch: Vị trí:
- Kích thước:
- Số lượng:
- Độ di động:
- Đau:

- + Thần kinh:
- + Tim mạch:
- + Hô hấp:
- + Tiêu hoá:
- + Tiết niệu:
- + Khác:

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

Huyết học		<u>Truyền máu</u>	
Huyết đồ		Nhóm máu	
Tuỷ đồ		Coombs test	
Sinh thiết tuỷ		Kháng thể bất thường	
Sinh thiết hạch		Các xét nghiệm liên quan:	
Đông máu toàn bộ		Sinh hoá	
Định lượng yếu tố đông máu		GPB	
Điện di HST		Vi sinh	
Nhiễm sắc thể		X quang	
Các xét nghiệm khác:		

4. Tóm tắt bệnh án:
-
-
-

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

- V. Tiêm lượng:
-

- VI. Hướng điều trị:
-

Truyền máu:

1. Khối hòng cầu	Só lòn	<input type="checkbox"/>	5. Huyết tương:	Só lòn	<input type="checkbox"/>
2. Hòng cầu rửa	Só lòn	<input type="checkbox"/>	6. Huyết tương tươi đông lạnh:	Só lòn	<input type="checkbox"/>
3. Khối tiểu cầu	Só lòn	<input type="checkbox"/>	7. Tuba VIII:	Só lòn	<input type="checkbox"/>
4. Khối bạch cầu hạt	Só lòn	<input type="checkbox"/>	8. Truyền máu toàn phần:	Só lòn	<input type="checkbox"/>

Các phản ứng khi truyền máu Loại: 1. Mẫn ngứa 2. Sốt rét run 3. Choáng phản vệ 4. Khác
Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cân lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

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

3. Phương pháp điều trị:

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:.....

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

5. Hướng điều tri và các chế độ tiếp theo:

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

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

Sở Y tế:

MS: 10/BV-01

Bệnh viện:

Số lưu trữ:

Khoa: Giường.....

Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):

2. Sinh ngày:

--	--	--	--	--	--	--

Tuổi

--	--

3. Giới: 1. Nam 2. Nữ

4. Nghề nghiệp:

--	--

5. Dân tộc:

6. Ngoại kiều:

--	--

7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường.....

--	--

--	--

Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố

--	--

8. Nơi làm việc: 9. Đôi tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác 10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT

--	--	--	--	--	--	--

11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....

14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế 2.Tự đến 3.Khác 13. Trực tiếp vào: 1.Cáp cứu 2.KKB 3.Khoa điều trị - Vào viện do bệnh này lần thứ

--	--

Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr

15. Vào khoa

--	--

Giờ....phút...../...../.....

--	--

16. Chuyển KhoaGiờ....phút...../...../.....

--	--

KhoaGiờ....phút...../...../.....

--	--

.....Giờ....phút...../...../.....

--	--

17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên 2.Tuyến dưới 3.CK

- Chuyển đến

18. Ra viện: giờ ngày/...../.....

1. Ra viện 2.Xin về 3.Bỏ về 4.Dura về

19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN MÃ

20. Nơi chuyển đến:

--	--	--

21. KKB, Cáp cứu:

--	--	--

22. Khi vào khoa điều trị.....

--	--	--

- Tai biến:

--

 - Biến chứng:

--

1.Do phẫu thuật 2.Do gây mê 3.Do nhiễm khuẩn 4.Khác 23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:

--	--

24. Tổng số lần phẫu thuật

--	--

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị

--

 4. Nặng hơn

--	--

1. Khỏi

--

 5. Tử vong

--	--

2. Đỡ, giảm

--

 3. Không thay đổi

--

27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):

1.Lành tính 2.Nghi ngờ 3.Ác tính

28. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm

1. Do bệnh

--	--

 2.Do tai biến điều trị

--	--

 3. Khác

--	--

1. Trong 24 giờ vào viện

--

 2.Trong 48 giờ vào viện

--

 3.Trong 72 giờ vào viện

--	--

29. Nguyên nhân chính tử vong:

--	--	--

30. Khám nghiệm tử thi: 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:

--	--	--

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện**Trưởng khoa**

Họ và tên

Họ và tên

A- 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:

+ Bản thân: (*phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv...*)

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình: (*Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v..*).

III-Khám bệnh:

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

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ	$^{\circ}C$
Huyết áp	mmHg
Nhip thở	lần/ph
Cân nặng	kg

2.Bệnh ngoại khoa:

3. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

+ Thần Kinh:

+ Cơ- Xương- Khớp:

+ Tai- Mũi- Họng:

+ Răng- Hàm- Mặt:

+ Mắt:

+ Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

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

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

3. Phương pháp điều trị:

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

- Phẫu thuật

- Thủ thuật

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

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

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

Hồ sơ, phim, ảnh

Loại

- X - quang

- CT Scanner

- Siêu âm

- Xét nghiệm

- Khác.....

- Toàn bộ hồ sơ

Người giao hồ sơ:

Họ tên.....

Người nhận hồ sơ:

Họ tên.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ điều trị

Họ tên

Sở Y tế:

Bệnh viện:

Khoa:Giường.....

MS: 11/BV-01

Số lưu trữ:

Mã YT/...../.....

BỆNH ÁN BỎNG

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Tuổi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>														
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:														
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:														
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Huyện (Q, Tx)	Xã, phường..... Tỉnh, thành phố.....														
8. Nơi làm việc:	9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>														
10. BHYT giá trị đến ngàytháng..... năm Sổ thẻ BHYT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>															
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số:														

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

Thời gian bị bỏng: giờ ngày tháng năm

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đên												
15. Vào khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>Giờ....phút...../...../ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									18. Ra viện: giờ ngày/...../ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>				
16. Chuyển Khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>Giờ....phút...../...../ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>Giờ....phút...../...../ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							25. Ra viện: + Bệnh chính: (tổn thương)								
21. KKB, Cấp cứu:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							+ Nguyên nhân:								
22. Khi vào khoa điều trị:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							+ Bệnh kèm theo								
- Tai biến: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> - Biến chứng: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:
1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:										
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																
24. Tổng số lần phẫu thuật	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>															

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 4. Nặng hơn <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									28. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2.Do tai biến điều trị <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Khác <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
2. Đỡ, giảm <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 5. Tử vong <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									1. Trong 24 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2.Trong 48 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Trong 72 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
3. Không thay đổi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					29. Nguyên nhân chính tử vong:																
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1.Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				

Giám đốc bệnh viện

Họ và tên

Ngày tháng năm

Trưởng khoa

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ của
bệnh

II. Hỏi bệnh:

I. Quá trình bệnh lý: (*hoàn cảnh, thời gian bị bệnh, diễn biến, xử lý điều trị của tuyến dưới v.v..*).

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình:

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

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

2. Tổn thương榜 (khám tại chỗ):

3.Các cơ quan:

- + Thần kinh:
-
- + Tuần hoàn:
-
- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hoá:
-
- + Cơ-Xương- Khớp:
-
- + Tiết niệu:
-
- + Sinh dục:
-
- + Khác:
-

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

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

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

3. Phương pháp điều trị:

.....
.....

- Phẫu thuật



- Thủ thuật



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

4. Tình trạng người bệnh ra viện.

.....
.....

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

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

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

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường.....

BỆNH ÁN UNG BUÓU

MS: 12/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx)	Xã, phường Tỉnh, thành phố	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	
10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Số thẻ BHYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Điện thoại số:	

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tụt đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/> <input type="text"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cáp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
Khoa 15. Vào khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. <u>Đưa về</u> <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	25. Ra viện: + Bệnh chính:
.....	T.....N.....M.....giai đoạn..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB, Cáp cứu:
22. Khi vào khoa điều trị.....T.....N.....M.....giai đoạn..... - Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo
1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:
24. Tổng số lần phẫu thuật <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong:
	30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện

II. Hồi bệnh:

I. Quá trình bệnh lý: (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyế̄n dưới v.v..*).

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (*phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp DTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv..*)

.....
.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình: (*Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v..*).

.....
.....

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

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

Mạch.....	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhip thở.....	lần/ph
Cân nặng.....	kg

2. Bộ phận tổn thương:

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

Hình vẽ hoặc ảnh Mô tả tổn thương

3.Các cơ quan:

- + Thần kinh:
-
- + Tuần hoàn:
-
- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hoá:
-
- + Cơ-Xương-Khớp:
-
-
- + Tiết niệu:
-
- + Sinh dục:
-
- + Khác:
-

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....

.....

.....

.....

5. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

- + Bệnh chính: T..... N..... M..... giai đoạn.....
- + Bệnh kèm theo (*nếu có*):
- + Phân biệt:

V. Tiên lượng:

.....

VI. Hướng dẫn điều trị:

.....

Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

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

- | | |
|--------------------|----------------------|
| - XN máu: | - X quang: |
| - XN tế bào: | - Siêu âm: |
| - XN BLGP: | - Các XN khác: |
-

3. Phương pháp điều trị:

1. Điều trị triệt để:

- Tia xạ tiền phẫu: tại u: Gy Tại hạch:
- Tia xạ đơn thuần: tại u: Gy Tại hạch:
- Phẫu thuật (tên):
- Tia xạ hậu phẫu: tại u: Gy Tại hạch:
- Hoá chất (phác đồ):

2. Điều trị triệu chứng:

- Số đợt:
- Đáp ứng: 1. Không đáp ứng 2. Bán phần 3. Hoàn toàn
- Điều trị khác:
-
.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện.....

.....
.....

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

.....
.....

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

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường.....

BỆNH ÁN RĂNG - HÀM - MẶT

MS: 13/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx)	Xã, phường Tỉnh, thành phố	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đôi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	
10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Sổ thẻ BHYT		
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số:	

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cáp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr 15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	18. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin vè <input type="checkbox"/> 3.Bỏ vè <input type="checkbox"/> 4.Đưa vè <input type="checkbox"/>
16. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25. Ra viện: + Bệnh chính: (tổn thương)
21. KKB, Cáp cứu:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(nguyên nhân):
22. Khi vào khoa điều trị..... - Tai biến: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:
24. Tổng số lần phẫu thuật	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong:
30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/>	31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ của bệnh

II. Hồi bệnh:

I. Quá trình bệnh lý: (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyế̄n dưới v.v..*).

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (*phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp DTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv...*)

.....
.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình: (*Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v.*).

.....
.....

III-Khám bệnh:

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

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

2. Bệnh chuyên khoa:

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

Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện

Phải

Thẳng

Trái

Hàm trên và Họng

Hàm dưới

Phân loại khe hở
môi vòm miệng

3. Các cơ quan :

- + Tâm thần, thần kinh:.....
.....
- + Tuần hoàn:
-
- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hóa:
-
- + Da và mô dưới da:
-
- + Cơ-Xương-Khớp:
-
- + Tiết niệu- sinh dục:
-
- + Khác:
-

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

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

5. Tóm tắt bệnh án:
-
.....
.....
.....
.....

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng:

VI. Hướng dẫn điều trị:

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

3. Phương pháp điều trị:

- Phẫu thuật

- Thủ thuật

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện

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

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

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường.....

BỆNH ÁN TAI - MŨI - HỌNG

MS: 14/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (*In hoa*): 2. Sinh ngày: Tuổi
 3. Giới: 1. Nam 2. Nữ
 5. Dân tộc:
 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường Tỉnh, thành phố
 Huyện (Q, Tx)
 8. Nơi làm việc: 9. Đổi tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
 10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT
 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ ph ngày / / 13. Trực tiếp vào: 1.Cáp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="checkbox"/>
Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr 15. Vào khoa <input type="text"/> Giờ....phút...../...../..... <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển Khoa <input type="text"/> Giờ....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/> Giờ....phút...../...../.....Giờ....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày / / 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện: + Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB, Cáp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(nguyên nhân): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22.Khi vào khoa điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Tai biến: <input type="text"/> <input type="text"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị: 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (<i>khi có sinh thiết</i>): 1.Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: giờ ph ngày tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/>	31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ của bệnh

II. Hỏi bệnh:

I. Quá trình bệnh lý: (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v..*).

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (*phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv...*)

.....
.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình: (*Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).*

.....
.....

III-Khám bệnh:

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

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ	°C
Huyết áp	/ mmHg
Nhip thở	lần/ph
Cân nặng	kg

2. Bệnh chuyên khoa:

.....
.....

Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện

Màng nhĩ phải

Màng nhĩ trái

Mũi Trước

Mũi sau

.....
.....

Thanh quản

Họng

Cổ nghiêng phải

Cổ nghiêng trái

3. Các cơ quan:

- + Tâm thần, thần kinh:
- + Tuần hoàn:
- + Hô hấp:
- + Tiêu hoá:
- + Da và mô dưới da:
- + Cơ -Xương -Khớp:
- + Tiết niệu- Sinh dục:
- + Khác:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

+ Bệnh chính:

+ Bệnh kèm theo (*nếu có*):

+ Phân biệt:

V. Tiên lượng:

VI. Hướng dẫn điều trị:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

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

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

3. Phương pháp điều trị:

.....
.....

- Phẫu thuật - Thủ thuật

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....
.....

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

.....
.....

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

Sở Y tế:
Bệnh viện:

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ
KHOA:

MS: 15/BV-01
Số ngoại trú:
Số lưu trữ:

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (*In hoa*): 2. Sinh ngày:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Tuổi

--	--

3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc:

--	--

 6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố

--	--

8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Sổ thẻ BHYT

--	--	--	--

11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số:
12. Đến khám bệnh lúc: giờ phút ngày tháng năm
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: 1. Y tế 2. Tự đến

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý:

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:
+ Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH:

1. Toàn thân:

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

2. Các bộ phận:

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:

4. Chẩn đoán ban đầu:

5. Đã xử lý (*thuốc, chăm sóc*):

6. Chẩn đoán khi ra viện: Mã

--	--	--	--

7. Điều trị ngoại trú từ ngày / / **đến ngày** / /

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Bác sĩ khám bệnh

Ho và tên.....

Họ và tên.....

TÔNG KẾT BỆNH ÁN:

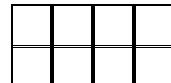
1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

2.Tóm tắt kết quả xét nghiêm cân lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

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

3. Chẩn đoán ra viêm:

- Bệnh chính:
 - Bệnh kèm theo (*nếu có*):



4. Phương pháp điều trị:

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

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

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

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

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

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

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa:

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ CHUYÊN KHOA RĂNG HÀM MẶT

MS: 16/BV-01
Số ngoại trú.....
Số lưu trú

I. HÀNH CHÍNH:

- | | |
|--|--|
| 1. Họ và tên (<i>In hoa</i>): | 2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/> | 4. Nghề nghiệp: |
| 5. Dân tộc: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Ngoại kiều: |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố
Huyện (Q, Tx) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Xã, phường
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tỉnh, thành phố |
| 8. Nơi làm việc: | 9. Đối tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> |
| 10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: | Điện thoại số..... |
| 12. Đến khám bệnh lúc giờ phút | ngày tháng năm |
| 13. Chẩn đoán và xử lý của nơi giới thiêu: | 1.Y tế <input type="checkbox"/> 2.Tư vấn <input type="checkbox"/> |

II. LÝ DO VÀO VIỆN: ..

III. HỎI BỆNH:

- 1. Quá trình bệnh lý:**

2. Tiền sử bệnh

- + Bản thân:
 - + Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH:

- ## 1. Toàn thân:

Mạch	làn/ph
Nhiệt độ	oC
Huyết áp	/..... mmHg
Nhip thở	làn/ph
Cân nặng	kg

2. Bệnh chuyên khoa:

3. Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện

					Phân loại khe hở
Phải	Thăng	Trái	Hàm trên và Họng	Hàm dưới	môi vòm miệng
					1 và 4 là khe hở môi
					2 và 5 là khe hở xương ổ răng
					3 và 6 là khe hở cung hàm
					7 và 8 là khe hở vòm miệng cứng
					9 là khe hở vòm miệng mềm

4. Tóm tắt bệnh án:

5. Chẩn đoán của khoa khám bệnh:

6. Đã xử lý của tuyến dưới:

7. Điều trị ngoại trú từ ngày/...../..... đến ngày/...../.....

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

Ngày.....tháng.....năm.....
BÁC SỸ KHÁM BỆNH

Ho và tên.....

Ho và tên.....

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

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

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

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

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

3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo (*nếu có*):

4. Phương pháp điều trị:

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

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

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

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

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

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

3. Tóm tắt bệnh án:

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

IV. Chẩn đoán khi vào trạm:

+ Bệnh chính:

--	--	--	--

+ Bệnh kèm theo (*nếu có*):

--	--	--	--

V. Tiêu lương:

VI. Hướng điều trị:

Ngày.....tháng.....năm.....

Y, Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN
Bệnh viện.....
Khoa:.....
Buồng: . . . Giường: . . .

BỆNH ÁN NỘI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN

MS: 18/BV-01
Mã người bệnh:
Mã YT:
Số vào viện:
Số lưu trữ:

PHẦN I: PHẦN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

- | | |
|---|---|
| 1. Họ và tên (<i>In hoa</i>): | 2. Sinh ngày <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/> | 4. Nghề nghiệp: |
| 5. Dân tộc: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 6. Quốc tịch: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Địa chỉ hiện tại: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tỉnh, thành phố | |
| 8. Nơi làm việc: | |
| 9. Đôi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> | |
| 10. Số thẻ BHYT: Có giá trị sử dụng từ ngày tháng năm | |
| 11. Số căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: | |
| 12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin:
số điện thoại: | |

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	15. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
14. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> 3. Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="checkbox"/>
Khoa _____ Ngày / tháng / năm Ngày ĐT	18. Chuyển viện: 1. Chuyển đến <input type="checkbox"/> 2. Chuyển đi <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>
16. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Chuyển đến
17. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/>Giờ....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Chuyển viện <input type="checkbox"/> 3. Trốn viện <input type="checkbox"/> 4. Xin ra viện <input type="checkbox"/>
.....Giờ....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN THEO YHHĐ	MÃ	CHẨN ĐOÁN THEO YHCT	MÃ
21. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/>	25. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/>
22. KKB/Cấp cứu:	<input type="text"/>	26. KKB/Cấp cứu:	<input type="text"/>
23. Vào khoa điều trị: - Bệnh chính..... - Bệnh kèm theo..... + Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27. Vào khoa điều trị: - Bệnh chính..... - Bệnh kèm theo..... + Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Ra viện: - Bệnh chính..... - Bệnh kèm theo..... + Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28. Ra viện: - Bệnh chính..... - Bệnh kèm theo..... + Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<p>29. Kết quả điều trị</p> <p>1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/></p> <p>2. Đỡ <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/></p> <p>3. Không thay đổi <input type="checkbox"/></p> <p>30. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết)</p> <p>1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/></p>	<p>31. Tình hình tử vong:giờ....phút ngày tháng ... năm.....</p> <p>1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/></p> <p>4. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 5. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/></p> <p>32. Nguyên nhân chính tử vong:</p> <p>33. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 34. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	--

Giám đốc
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Trưởng khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. LÝ DO VÀO VIỆN

II. BỆNH SỰ

III. TIỀN SỬ

1. Bản thân:

+ 1. Dị ứng 2. Rượu 3. Ma tuý 4. Thuốc lá 5. Khác

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mô tả (nếu có):

+ Đặc điểm liên quan đến bệnh tật:

2. Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH

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

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

2. Khám bộ phận:

Tuần hoàn:

Hô hấp:

Tiêu hóa:

Tiết niệu - sinh dục:

Thần kinh:

Cơ xương khớp:

Tai - Mũi - Họng:

Răng - Hàm - Mặt:

Mắt:

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác (nếu có):

V. CẬN LÂM SÀNG

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

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN

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

VII. CHẨN ĐOÁN:

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

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. VỌNG CHẨN

1. **Hình thái:** 1. Gầy 2. Béo 3. Cân đối 4. Nấm co 5. Nấm duỗi 6. Ua tĩnh 7. Ua động 8. Khác
2. **Thân:** 1. Còn thân 2. Không còn thân 3. Khác
3. **Sắc:** 1. Bêch (trắng) 2. Đỏ 3. Vàng 4. Xanh 5. Đen 6. Bình thường 7. Khác
4. **Trạch** 1. Tươi nhuân 2. Khô 3. Khác

5. Luõi:

- Hình thái: 1. Bình thường 2. Lệch 3. Rụt 4. Khác
- Chất luõi, sắc luõi: 1. Đạm 2. Bèu 3. Gầy mỏng 4. Nứt 5. Cứng 6. Loét
7. Hồng 8. Nhợt 9. ĐỎ 10. ĐỎ sẫm 11. Tím 12. Khác
- Rêu luõi: 1. Có 2. Không 3. Bong 4. Dày 5. Mỏng 6. Uớt 7. Khô 8. Nhuận
9. Dính 10. Trắng 11. Vàng 12. Khác

6. Mô tả khác (nếu có)

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

II. VĂN CHẨN

1. Âm thanh:

- 1.1. Tiếng nói: 1. Bình thường 2. To 3. Nhỏ 4. Đứt quãng 5. Khàn 6. Ngọng 7. Mát 8. Khác
1.2. Hơi thở: 1. Bình thường 2. Đứt quãng 3. Ngắn 4. Mạnh 5. Yếu
6. Thô 7. Rít 8. Khò khè 9. Chậm 10. Gấp 11. Khác
1.3. Ho: 1. Có 2. Không
1. Ho liên tục 2. Cơn 3. Ít 4. Nhiều 5. Khan 6. Có đờm 7. Khác
1.4. Q: 1. Có 2. Không

1.5. Náć 1. Có 2. Không

2. Mùi:

2.1 Mùi cơ thể, mùi hơi thở: 1. Có

2. Không

1. Chua 2. Khăm

3. Tanh

4. Thối

5. Hôi

6. Khác

2.2 Chất thải biểu hiện bệnh lý 1. Có

2. Không

1. Đờm 2. Chất nôn

3. Phân

4. Nước tiểu 5. Khí hư

6. Kinh nguyệt

7. Khác

3. Mô tả khác (nếu có)

III. VÂN CHÂN

1. Hàn nhiệt:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có

2. Không

1. Thích nóng 2. Sợ nóng 3. Thích mát 4. Sợ lạnh 5. Trong người nóng

6. Trong người lạnh 7. Rét run 8. Hàn nhiệt vãng lai 9. Khác

2. Mồ hôi: 1. Bình thường 2. Không có mồ hôi 3. Tự hán 4. Đạo hán 5. Nhiều 6. Ít 7. Khác

3. Đầu mặt cổ: Biểu hiện bệnh lý:

1. Có 2. Không

- Đầu đầu: 1. Một chỗ 2. Nứa đầu 3. Cả đầu 4. Di chuyển 5. È ám 6. Nhói
7. Căng 8. Nặng đầu 9. Đau thắt 10. Khác

- Hoa mắt chóng mặt:

1. Có 2. Không

- Mắt: 1. Nhìn không rõ

2. Đau 3. Khác

- Tai: 1. Ù

2. Điếc 3. Đau 4. Khác

- Mũi: 1. Ngạt

2. Chảy nước 3. Chảy máu cam

4. Đau

5. Khác

- Họng: 1. Đau

2. Khô 3. Khác

- Cổ vai: 1. Mỏi

2. Đau 3. Khó vận động 4. Khác

4. Lưng: Biểu hiện bệnh lý:

1. Có 2. Không

1. Mỏi lưng

2. Đau 3. Khó vận động

4. Khác

5. Ngực: Biểu hiện bệnh lý:

1. Có 2. Không

1. Tức 2. Đau

3. Ngột ngạt khó thở 4. Đau tức cạnh sườn

5. Đánh trống ngực 6. Khác

6. Bụng: Biểu hiện bệnh lý:

1. Có 2. Không

1. Đau 2. Sôi bụng

3. Nóng ruột 4. Đầy trướng 5. Khác

7. Chân tay: Biểu hiện bệnh lý

1. Có 2. Không

1. Đau 2. Tê

3. Buồn 4. Mỏi 5. Nhức 6. Nóng 7. Lạnh 8. Khác

8. Ăn: Biểu hiện bệnh lý

1. Có 2. Không

1. Thích nóng

2. Thích mát 3. Ăn nhiều 4. Ăn ít 5. Đắng miệng 6. Nhạt miệng

7. Thèm ăn

8. Chán ăn 9. Ăn vào bụng chướng 10. Khác

9. Uống: Biểu hiện bệnh lý:

1. Có 2. Không

Thích uống:

1. Mát 2. Ấm nóng 3. Nhiều 4. Ít 5. Khác

10. Đại, tiểu tiện: Biểu hiện bệnh lý:

1. Có 2. Không

- Tiểu tiện: 1. Vàng

2. Đỏ 3. Đục 4. Buốt 5. Rất 6. Không tự chủ 7. Bí 8. Khác

- Đại tiện: 1. Táo

2. Nát 3. Sóng 4. Lỏng 5. Nhày mũi 6. Bí 7. Khác

11. Ngủ: Biểu hiện bệnh lý

1. Có 2. Không

1. Khó vào giấc ngủ

2. Hay tỉnh 3. Hay mê 4. Ngủ ít 5. Khác

12. Khả năng sinh dục-sinh sản

Biểu hiện bệnh lý

1. Có 2. Không

3. Mãn dục

12.1 Nam giới:

1. Liệt dương 2. Di tinh 3. Hoạt tinh 4. Mộng tinh 5. Lãnh tinh 6. Khác

12.2 Nữ giới:

- | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------|-------------|-----------------------|---------|--|---|
| 1. Vô sinh | 2. Động thai | 3. Sảy thai | 4. Sảy thai liên tiếp | 5. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| - Kinh nguyệt: biểu hiện bệnh lý | 1. Có | | 2. Không | | <input type="checkbox"/> | |
| + Rối loạn kinh nguyệt: | 1. Trước kỳ | 2. Sau kỳ | 3. Bé kinh | 4. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| + Thông kinh: | 1. Trước kỳ | 2. Trong kỳ | 3. Sau kỳ | 4. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| - Đói hả: biểu hiện bệnh lý | 1. Có | | 2. Không | | <input type="checkbox"/> | |
| | 1. Vàng | 2. Trắng | 3. Hồng | 4. Hôi | 5. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

13. Các yếu tố liên quan đến xuất hiện bệnh: 1. Có 2. Không

14. Mô tả khác (nếu có)

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

IV. THIẾT CHÂN

- | | | | | | | | |
|--|------------------|-----------|--|---|--|--|---|
| 1. Xúc chấn: Biểu hiện bệnh lý | 1. Có | 2. Không | <input type="checkbox"/> | | | | |
| - Da: 1. Khô | 2. Nóng | 3. Lạnh | 4. Uớt | 5. Chân tay nóng | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 6. Chân tay lạnh | 7. Án lõm | 8. Án đau | 9. U/Cục | 10. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| - Cơ - xương - khớp: Biểu hiện bệnh lý | 1. Có | 2. Không | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 1. Mềm nhão | 2. Căng cứng | 3. Án đau | 4. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| - Bụng: biểu hiện bệnh lý | 1. Có | 2. Không | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 1. Chướng | 2. Tích | 3. Tụ | 4. Thiện ánh | 5. Cụ ánh | 6. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| - Mồ hôi: biểu hiện bệnh lý | 1. Có | 2. Không | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 1. Toàn thân | 2. Trần | 3. Tay | 4. Chân | 5. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Mạch chấn: 1. Trầm 2. Trì | 3. Phù | 4. Sắc | 5. Hoạt | 6. Huyền | 7. Nhu | 8. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| - Tổng khán: Bên phải (Khí, dương): | | | | | | | |
| Bên trái (Huyết, âm): | | | | | | | |
| - Vi khán: | + Mạch tay trái: | Thôn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Quan | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Xích | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | + Mạch tay phải: | Thôn | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Quan | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Xích | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

3. Mô tả khác (nếu có)

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

V. TÓM TẮT TỨ CHÂN

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

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ

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

PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện:

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

.....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:

.....

.....

.....

4. Chẩn đoán vào viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

.....

- Y học cổ truyền: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

.....

5. Phương pháp điều trị:

- Y học hiện đại:

- Y học cổ truyền:

6. Kết quả điều trị: 1. Khỏi 2. Đở 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong

7. Chẩn đoán ra viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

.....

- Y học cổ truyền: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

.....

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:

.....

.....

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

.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày tháng năm Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- MRI			
- Khác.....		Người nhận hồ sơ:	

- Toàn bộ hồ sơ

BỆNH VIỆN
KHOA.....

PHIẾU ĐIỀU TRỊ

(Dành cho bệnh án YHCT)

Số vào viện:
Buồng:
Giường:

Họ tên người bệnh Tuổi Giới
Chẩn đoán.....

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN
 Bệnh viện.....
 Khoa:.....
 Buồng:.....

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN

MS: 19/BV-01
 Mã người bệnh:.....
 Mã YT:.....
 Số vào viện:
 Số lưu trữ:

PHẦN I: PHẦN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*In hoa*): 2. Ngày tháng năm sinh: / / Tuổi
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: 6. Quốc tịch:
7. Địa chỉ hiện tại: Số nhà Thôn, phố: Xã, phường:
- Huyện (Q, Tx, Tp): Tỉnh, thành phố:
8. Nơi làm việc:
9. Đổi tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
10. Sổ thẻ BHYT: Có giá trị sử dụng từ ngày tháng năm
11. Số căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin: số điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....phút ngày...../...../.....	15.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
14. Trực tiếp vào Khoa Khám bệnh <input type="checkbox"/>	
Khoa Ngày /tháng /năm	17. Chuyển viện: 1. Chuyển đến <input type="checkbox"/> 2. Chuyển đi <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Chuyển viện <input type="checkbox"/> 3. Trốn viện <input type="checkbox"/> 4. Xin ra viện <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN THEO YHHD	MÃ	CHẨN ĐOÁN THEO YHCT	MÃ
20. Nơi chuyển đến:.....	<input type="checkbox"/>	23. Nơi chuyển đến:	<input type="checkbox"/>
21. Khoa Khám bệnh:	<input type="checkbox"/>	24. Khoa Khám bệnh:	<input type="checkbox"/>
- Bệnh chính:	<input type="checkbox"/>	- Benn cninn:	<input type="checkbox"/>
- Bệnh kèm theo:.....	<input type="checkbox"/>	- Bệnh kèm theo:	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Thủ thuật <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ Thủ thuật <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ra viện:		25. Ra viện:	
- Bệnh chính:		- Bệnh chính:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Bệnh kèm theo:.....		- Bệnh kèm theo:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>		+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>	

IV. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

26. Khỏi 27. Đở 28. Không thay đổi 29. Nặng hơn 30. Tử vong

Giám đốc
 (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu) **Trưởng khoa**
 (Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày . . . tháng . . . năm . . .
Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
 (Ký và ghi rõ họ tên)

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. BỆNH SỬ:

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

III. TIỀN SỬ:

1. Bản thân:

+ 1. Dị ứng 2. Rượu 3. Ma tuý 4. Thuốc lá 5. Khác

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mô tả (nếu có):

+ Đặc điểm liên quan đến bệnh tật:

2. Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH

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

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

Mạch	lần/phút
Nhiệt độ	°C
Huyết áp	/ mmHg
Nhip thở	lần/phút
Cân nặng	kg
Chiều cao	cm
BMI	

4.2 Khám bộ phận:

Tuần hoàn:

Hô hấp:

Tiêu hóa:

Tiết niệu - sinh dục:

Thần kinh:

Cơ xương khớp:

Tai - Mũi - Họng:

Răng - Hàm - Mắt:

Mắt:

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác (nếu có):

V. TÓM TẮT KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:

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

VI. CHẨN ĐOÁN:

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

.....

.....

.....

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. VỌNG CHẨN:

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

II. VĂN CHẨN:

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

III. VĂN CHẨN:

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

IV. THIẾT CHẨN:

1. Xúc chẩn:

.....
.....

2. Mạch chẩn:

- + Mạch tay trái:
- + Mạch tay phải:

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

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

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

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

VII. CHẨN ĐOÁN:

1. Bệnh danh:
2. Bát cương:
3. Nguyên nhân:
4. Tạng phủ:
5. Kinh mạch:
6. Định vị bệnh (dinh, vê, khí, huyệt):

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp điều trị:
2. Phương:
 - Phương dược:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
 - Phương pháp điều trị không dùng thuốc:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Hướng điều trị (Phương pháp điều trị, chế độ dinh dưỡng, chế độ chăm sóc,):

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

II. DỰ HẬU (TIÊN LƯỢNG):

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

...giờ.....ngày.....tháng.....năm.....

Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện:

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

3. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng:

4. Chẩn đoán vào viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:

- Y học cổ truyền: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:

5. Phương pháp điều trị:

- YHHĐ:
- YHCT:

6. Kết quả điều trị: 1. Khỏi 2. Đở 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong

7. Chẩn đoán ra viện

- Y học hiện đại: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:

- Y học cổ truyền: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:

9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp:

Ngày..... tháng..... năm.....

Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

BỆNH VIỆN
KHOA.....

PHIẾU ĐIỀU TRỊ

(Dành cho bệnh án YHCT)

Tờ số.....

Số vào viện:.....
Buồng:.....
Giường:.....

Họ tên người bệnh Tuổi Giới
Chẩn đoán.....

Đơn vị chủ quản
 Bệnh viện.....
 Khoa:.....
 Buồng: . . . Giường: . . .

BỆNH ÁN NỘI TRÚ NHÌ Y HỌC CỔ TRUYỀN

MS: 20/BV-01
 Mã người bệnh:.....
 Mã YT:.....
 Số vào viện:,
 Số lưu trữ:

PHẦN I: PHẦN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*in hoa*):
 2. Sinh ngày Tuổi
 3. Giới: 1. Nam 2. Nữ
 4. Nghề nghiệp:
 5. Dân tộc:
 6. Quốc tịch:
 7. Địa chỉ hiện tại: Số nhà Thôn, phố
 8. Huyện (Q, Tx) Xã, phường:
 9. Nơi học tập:
 10. Tỉnh, thành phố:
 11. Đổi tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
 12. Số thẻ BHYT: Có giá trị sử dụng từ ngày tháng năm
 13. Số căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
 14. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin:
số điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	15.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
14. Trực tiếp vào: 1.Cáp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="checkbox"/>
Khoa Ngày /tháng /năm Ngày ĐT	18. Chuyển viện: 1. Chuyển đến <input type="checkbox"/> 2. Chuyển đi <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	- Chuyển đến
17. Chuyển <input type="checkbox"/>Giờ....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	19. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin ra viện <input type="checkbox"/> 3. Trốn viện <input type="checkbox"/>
Khoa <input type="checkbox"/>Giờ....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	20. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN THEO YHHĐ	MÃ	CHẨN ĐOÁN THEO YHCT	MÃ
21.1 Nơi chuyển đến:	<input type="checkbox"/>	21.2. Nơi chuyển đến:	<input type="checkbox"/>
22.1.KKB/Cáp cứu.....	<input type="checkbox"/>	22.2.KKB/Cáp cứu	<input type="checkbox"/>
23.1. Khi vào khoa điều trị		23.2 Vào khoa điều trị:	
- Bệnh chính.....	<input type="checkbox"/>	- Bệnh chính.....	<input type="checkbox"/>
- Bệnh kèm theo.....	<input type="checkbox"/>	- Bệnh kèm theo.....	<input type="checkbox"/>
.....		
+ Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>		+ Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>	
24.1 Ra viện:		24.2 Chẩn đoán ra viện:	
- Bệnh chính.....	<input type="checkbox"/>	- Bệnh chính.....	<input type="checkbox"/>
- Bệnh kèm theo.....	<input type="checkbox"/>	- Bệnh kèm theo.....	<input type="checkbox"/>
.....		
+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>		+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị	27. Tình hình tử vong:giờ....phút ngày tháng năm
1. Khỏi <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đở <input type="checkbox"/>	4. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 5. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	28. Nguyên nhân chính tử vong:
26. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết)	29. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	

Giám đốc

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Ngày . . . tháng . . . năm . . .

Trưởng khoa

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. BỆNH SỨ:

III. TIỀN SỬ:

1. Tình hình lúc đẻ:

+ Con thứ 1, 2, 3, 4, 5

1. Đẻ đủ, 2. thiếu tháng

Cân nặng: 1. $\leq 2,5$ kg, 2. $> 2,5$ kg

1. Đẻ dễ, 2. khó

+ Lúc đẻ ngạt thở

Có

Không

+ Thời gian rụng rốn: 1. bình thường (5-7 ngày), 2. bất thường (> 7 ngày)

2. Chế độ ăn:

a) < 1 tuổi: bú mẹ, nhân tạo, hỗn hợp

Tháng cai sữa:

b) > 1 tuổi:

3. Phát dục:

+ Tháng biết lẫy: bình thường (3-4 tháng), chậm > 4 tháng

+ Tháng biết bò: bình thường (6-7 tháng), chậm > 7 tháng

+ Tháng biết đi: bình thường (9-12 tháng), chậm > 12 tháng

+ Tháng biết nói:

+ Tháng mọc răng: bình thường (> 6 tháng), chậm > 12 tháng

+ Tuổi bắt đầu có kinh nguyệt:

4. Đã tiêm chủng: Có

Không

5. Bệnh đã mắc: Có

Không

- Mô tả:

+ Cá nhân:

+ Gia đình:

6. Đặc điểm sinh hoạt (Vật chất, tinh thần, nghề nghiệp):.....

7. Tiền sử đặc biệt khác (nếu có):.....

IV. KHÁM BỆNH:

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

.....

.....

.....

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

4.2 Khám bộ phận:

Tuần hoàn:

.....

Hô hấp:

.....

Tiêu hóa:

.....

Tiết niệu - sinh dục:

.....

Thần kinh:

.....

Cơ xương khớp:

.....

Tai - Mũi - Họng:

.....

Răng - Hàm - Mặt:

.....

Mắt:

.....

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác (nếu có):

.....

V. CẬN LÂM SÀNG:

.....

.....

.....

.....

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

.....

.....

.....

.....

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo (nếu có):

- Phân biệt:

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. VỌNG CHẦN:

1. **Hình thái:** 1. Gầy 2. Béo 3. Cân đối 4. Nằm co 5. Nằm duỗi 6. Ua tĩnh 7. Ua động 8. Khác

2. **Thần:** 1. Còn thần 2. Không còn thần 3. Khác

3. **Sắc:** 1. Bạch (trắng) 2. Đỏ 3. Vàng 4. Xanh 5. Đen 6. Bình thường 7. Khác

4. **Trạch** 1. Tươi nhuận 2. Khô 3. Khác

5. Luõi:

- Hình thái: 1. Bình thường 2. Lệch 3. Rụt 4. Khác

- Chất luõi, sắc luõi: 1. Đạm 2. Bèu 3. Gây mõng 4. Nứt 5. Cứng 6. Loét
7. Hồng 8. Nhợt 9. Đỏ 10. Đỏ sẫm 11. Xanh tím 12. Khác

- Rêu luõi: 1. Có 2. Không 3. Dày 4. Mỏng 6. Uớt 7. Khô 8. Nhuận
9. Dính 10. Trắng 11. Vàng 12. Khác

6. Chỉ tay (trẻ dưới 3 tuổi):

- Đường đi: 1. Phong quan 2. Khí quan 3. Mệnh quan

- Tính chất: 1. Nổi 2. Chìm 3. Hoạt 4. Trệ 5. Khác

- Hình dáng: 1. Thẳng 2. Chia nhánh 3. Liên tục 4. Đứt đoạn 5. Khác

- Màu sắc: 1. Đỏ 2. Đỏ tươi 3. Đỏ nhạt 4. Đỏ bầm (đỏ tím)
4. Xanh 5. Xanh tím 6. Xanh đen 7. Khác

7. Mô tả khác (nếu có):

.....

.....

.....

II. VĂN CHẦN:

1. Âm thanh:

1.1. Tiếng nói: 1. Bình thường 2. To 3. Nhỏ 4. Đứt quãng 5. Khàn 6. Ngọng 7. Mát 8. Khác

1.2. Hơi thở: 1. Bình thường 2. Đứt quãng 3. Ngắn 4. Mạnh 5. Yêu
6. Thô 7. Rít 8. Khò khè 9. Chậm 10. Gấp 11. Khác

1.3. Ho: 1. Có 2. Không

1. Ho liên tục 2. Con 3. Ít 4. Nhiều 5. Khan 6. Có đờm 7. Khác

1.4. Ơ: 1. Có 2. Không

1.5. Nárc: 1. Có 2. Không

2. Mùi:

- Mùi cơ thể, mùi hơi thở: 1. Có 2. Không

1. Chua 2. Khăm 3. Tanh 4. Thối 5. Hôi 6. Khác

- Chất thải biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

1. Đờm 2. Chất nôn 3. Phân 4. Nước tiểu 5. Khí hư 6. Kinh nguyệt 7. Khác

3. Mô tả khác (nếu có):

.....

.....

.....

III. VĂN CHẦN:

1. Hàn nhiệt:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

1. Thích nóng 2. Sợ nóng 3. Thích mát 4. Sợ lạnh 5. Trong người nóng

6. Trong người lạnh 7. Rét run 8. Hàn nhiệt vãng lai 9. Khác

2. Mồ hôi:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

1. Không có mồ hôi 2. Tự hahn 3. Đạo hahn 4. Nhiều 5. Ít 6. Khác

3. Đầu mặt cổ:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

- Đau đầu: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Di chuyển 5. È ấm 6. Nhói
7. Căng 8. Nặng đầu 9. Đau thắt 10. Khác

- Hoa mắt chóng mặt:	1. Có	2. Không	
- Mắt: 1. Nhìn không rõ	2. Đau	3. Khác	
- Tai: 1. Ù	2. Điếc	3. Đau	4. Khác
- Mũi: 1. Ngạt	2. Chảy nước	3. Chảy máu cam	4. Đau
- Hồng: 1. Đau	2. Khô	3. Khác	5. Khác
- Cố vai: 1. Mỏi	2. Đau	3. Khó vận động	4. Khác
4. Lung: Biểu hiện bệnh lý:	1. Có 1. Đau 2. Khó vận động	2. Không 2. Không	
5. Ngực: Biểu hiện bệnh lý:	1. Có 1. Tức 2. Đau 3. Ngột ngạt khó thở 5. Đánh trống ngực	2. Không 4. Đau tức cạnh sườn	
6. Bụng: Biểu hiện bệnh lý:	1. Có 1. Đau 2. Sôi bụng 3. Nóng ruột	2. Không 4. Đầy trướng 5. Khác	
7. Chân tay: Biểu hiện bệnh lý	1. Có 1. Đau 2. Tê 3. Buồn	2. Không 1. Có 5. Nhức 6. Nóng 7. Lạnh	8. Khác
8. Ăn: Biểu hiện bệnh lý	1. Có 1. Thích nóng 2. Thích mát 7. Thèm ăn 8. Chán ăn	2. Không 3. Ăn nhiều 4. Ăn ít 5. Đắng miệng 9. Ăn vào bụng chướng	6. Nhạt miệng 10. Khác
9. Uống: Biểu hiện bệnh lý:	1. Có Thích uống:	2. Không 1. Mát 2. Âm nóng 3. Nhiều	4. Ít 5. Khác
10. Đại, tiểu tiện: Biểu hiện bệnh lý:	1. Có - Tiểu tiện: 1. Vàng - Đại tiện: 1. Táo	2. Không 1. Rắt 6. Không tự chủ 7. Bí	8. Khác
11. Ngủ: Biểu hiện bệnh lý	1. Có 1. Khó vào giấc ngủ 2. Hay tỉnh	2. Không 3. Hay mê	4. Ngủ ít 5. Khác
12. Khả năng sinh dục-sinh sản			
- Biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không	

12.1 Nam giới:

1. Mộng tinh 2. Khác

12.2 Nữ giới:

- Kinh nguyệt: biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không	
+ Rối loạn kinh nguyệt:	1. Trước kỳ	2. Sau kỳ	3. Bé kinh
+ Thống kinh:	1. Trước kỳ	2. Trong kỳ	3. Sau kỳ
- Đói hạ: biểu hiện bệnh lý	1. Có 1. Vàng	2. Không 3. Trắng	4. Hôi
13. Điều kiện xuất hiện bệnh:	1. Có	2. Không	5. Khác

14. Mô tả khác (nếu có):

.....

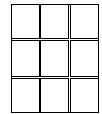
.....

.....

IV. THIẾT CHẨN:

1. Xúc chấn: Biểu hiện bệnh lý:	1. Có	2. Không	
- Da: 1. Khô	2. Nóng	3. Lạnh	4. Uớt
6. Chân tay lạnh	7. Ấn lõm	8. Ấn đau	9. U/Cục
- Cơ - xương - khớp: Biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không	10. Khác
1. Mềm nhão	2. Căng cứng	3. Ấn đau	4. Khác
- Bụng: Biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không	5. Cụt
1. Chướng	2. Tích	3. Tụ	4. Thiện ánh
- Mồ hôi: Biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không	6. Khác
1. Toàn thân	2. Trán	3. Tay	4. Chân
- Thóp:	1. Đã liên	2. Chưa liên	5. Khác
	3. Phẳng	4. Lõm	6. Rỗng
			7. Khác

- 2. Mạch chẩn (trẻ trên 3 tuổi):**
- | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----------|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Phù | 2. Trầm | 3. Trì | 4. Sác | | | | | | | | | |
| 5. Té | 6. Huyền | 7. Hoạt | 8. Vô lực | | | | | | | | | |
| - Tổng khán: | | Bên phải (Khí, dương): | 9. Có lực | | | | | | | | | |
| | | Bên trái (Huyệt, âm): | 10. Khác | | | | | | | | | |
| - Vi khán: | | + Mạch tay trái: Thốn | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | + Mạch tay phải: Thốn | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | Quan | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | Xích | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | Quan | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | Xích | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |



3. Mô tả khác (nếu có):

V. TÓM TẮT TÚ CHẨN:

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

VII. CHẨN ĐOÁN:

- 1. Bệnh danh:**
- 2. Bát cương:**
- | | | | | | | | |
|---|-------|-------|---------|--------|----------|-------|----------|
| 1. Biểu | 2. Lý | 3. Hư | 4. Thực | 5. Hàn | 6. Nhiệt | 7. Âm | 8. Dương |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
- 3. Nguyên nhân:** 1. Nội nhân 2. Ngoại nhân 3. Bất nội ngoại nhân
- 4. Tạng phủ:** 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận 6. Tâm bào 7. Tiêu trùng 8. Đởm 9. Vị 10. Đại trùng 11. Bàng quang 12. Tam tiêu 13. Phù kỵ hăng
- 5. Kinh mạch:** 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận 6. Tâm bào 7. Tiêu trùng 8. Đởm 9. Vị 10. Đại trùng 11. Bàng quang 12. Tam tiêu 13. Mạch đốc 14. Mạch nhâm
- 6. Định vị bệnh theo:** 1. Vệ 2. Khí 3. Dinh 4. Huyệt

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp:
2. Phương:
- Phương dược:
-
- Phương pháp điều trị không dùng thuốc:
-
- Các phương pháp khác
-

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Hướng điều trị:

(Phương pháp điều trị, chế độ dinh dưỡng, chế độ chăm sóc,):

III. DỰ HẬU (TIỀN LUỢNG):

..... giờ ngày tháng năm
Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện:

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

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:.....

4. Chẩn đoán vào viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính: []

Bệnh kèm theo: []

- Y học cổ truyền: Bệnh chính: []

Bệnh kèm theo: []

5. Phương pháp điều trị:.

- Y học hiện đại:

- Y học cổ truyền:

6. Kết quả điều trị: 1. Khỏi 2. Đỡ 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong

7. Chẩn đoán ra viện

- Y học hiện đại: Bệnh chính: []

Bệnh kèm theo: []

- Y học cổ truyền: Bệnh chính: []

Bệnh kèm theo: []

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:

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

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Ngày.....tháng.....năm..... Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
Loại	Số tờ		
- X – quang			
- CT Scanner			
- MRI			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			

**BỆNH VIỆN
KHOA.....**

PHIẾU ĐIỀU TRỊ
(Dành cho bệnh án YHCT)

Số vào viện:.....
Buồng:.....
Giường:.....

Họ tên người bệnh Tuổi Giới
Chẩn đoán.....

BỆNH ÁN MẮT

(Chấn thương)

MS: 21/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT..... /210/20.....

Khoa:..... Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

- | | | |
|---|--|---------------------------|
| 1. Họ và tên:..... | 2. Ngày sinh/...../..... | Tuổi <input type="text"/> |
| 3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | 4. Nghề nghiệp: | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dân tộc:..... <input type="checkbox"/> | 6. Ngoại kiều:..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường | Huyện (Quận, thị xã) Tỉnh (thành phố) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nơi làm việc:..... | 9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.BHYT giá trị đến ngày..... tháng năm 20..... | Số thẻ BHYT: | |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: | Số điện thoại liên lạc: | |

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện giờ..... phút ngày / / 13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="checkbox"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện:1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị: <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="checkbox"/>	25. Ra viện + Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="checkbox"/> <i>(nguyên nhân)</i> <input type="checkbox"/>
21. KKB, Cấp cứu..... <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo..... <input type="checkbox"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="checkbox"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="checkbox"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="checkbox"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="checkbox"/>

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị	28. Tình hình tử vong:giờ..... phút Ngày.....tháng.....năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="checkbox"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/>

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:ngày thứ..... của bệnh

II. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý (Nguyên nhân, thời gian chẩn thương, các phương pháp đã điều trị, diễn biến sau điều trị)

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

2. Tiền sử:

Bản thân:- Mắt

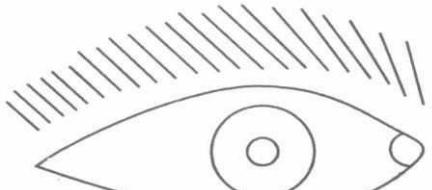
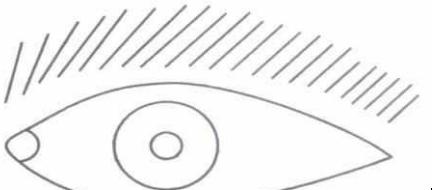
- Toàn thân.....
.....

Gia đình:.....

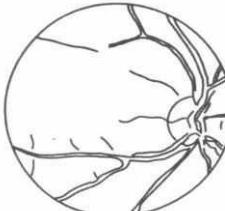
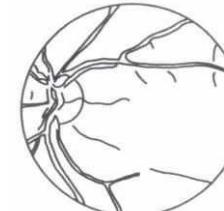
III. KHÁM BỆNH

1. Khám chuyên khoa

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhận áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Mắt phải	Mắt trái
<p>1. Mi mắt - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> - Sụp mi <input type="checkbox"/> Đô.....</p> <p>- Rách mi: Lớp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mát tủy chúc <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lê quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lê quản <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lê quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/></p> <p>- Các tổn thương khác:</p>	<p>1. Mi mắt - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> - Sụp mi <input type="checkbox"/> Đô.....</p> <p>- Rách mi: Lớp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mát tủy chúc <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lê quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lê quản <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lê quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/></p> <p>- Các tổn thương khác:</p>
<p>2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/>Rách KM <input type="checkbox"/> Thiếu máu <input type="checkbox"/> Tổn thương khác</p>	<p>2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> cương tụ <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/>Rách KM <input type="checkbox"/> Thiếu máu <input type="checkbox"/> Tổn thương khác</p>
Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện	Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện
	

<p>3. Giác mạc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> - Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> - Ngátm máu <input type="checkbox"/> Abces <input type="checkbox"/> Trọt <input type="checkbox"/> Loét <input type="checkbox"/> - Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí..... Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhở <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 <input type="checkbox"/> - Tồn thương khác 	<p>3. Giác mạc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> - Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> - Ngátm máu <input type="checkbox"/> Abces <input type="checkbox"/> Trọt <input type="checkbox"/> Loét <input type="checkbox"/> - Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí..... Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhở <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 <input type="checkbox"/> - Tồn thương khác
<p>4. Cứng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Giãn lồi <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí..... Đã khâu <input type="checkbox"/> Chura khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/> - Tồn thương khác 	<p>4. Cứng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Giãn lồi <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí..... Đã khâu <input type="checkbox"/> Chura khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/> - Tồn thương khác
<p>5. Tiền phòng</p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Chất thê thủy tinh <input type="checkbox"/> Mủ <input type="checkbox"/> Xuất tiết <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/> mức độ.....</p> <p>Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tồn thương khác:.....</p>	<p>5. Tiền phòng</p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Chất thê thủy tinh <input type="checkbox"/> Mủ <input type="checkbox"/> Xuất tiết <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/> mức độ.....</p> <p>Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tồn thương khác:.....</p>
<p>6. Móng mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/> Đứt chân móng mắt <input type="checkbox"/>.....Mát móng mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Thủng móng mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Đồng tử: Kích thước.....mm. PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....Giãn liệt <input type="checkbox"/> Ánh đồng tử Không quan sát được <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Móng mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/> Đứt chân móng mắt <input type="checkbox"/>.....Mát móng mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Thủng móng mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Đồng tử: Kích thước.....mm. PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....Giãn liệt <input type="checkbox"/> Ánh đồng tử Không quan sát được <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/> Đã đặt IOL <input type="checkbox"/></p> <p>Tồn thương khác:</p>	<p>7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/> Đã đặt IOL <input type="checkbox"/></p> <p>Tồn thương khác:</p>
<p>8. Dịch kính: Đục dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/> Xuất huyết dịch kính <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Tồn thương khác:</p>	<p>8. Dịch kính: Đục dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/> Xuất huyết dịch kính <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Tồn thương khác:</p>
<p>9. Võng mạc:</p> <p>Hệ mạch:.....Đĩa thị.....</p> <p>Phù <input type="checkbox"/>Xuất huyết <input type="checkbox"/></p> <p>Bong võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> mức độ.....</p>	<p>9. Võng mạc:</p> <p>Hệ mạch:.....Đĩa thị.....</p> <p>Phù <input type="checkbox"/>Xuất huyết <input type="checkbox"/></p> <p>Bong võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> mức độ.....</p>

Rách võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết ráchHình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước Vị trí	Rách võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết ráchHình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước Vị trí
Tổn thương khác..... MP 	Tổn thương khác..... MT 

9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nhãn cầu: Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi	9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nhãn cầu: Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi
---	---

2. Toàn thân

- Chưa có biểu hiện bệnh lý
- Bệnh lý.....
.....
.....

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

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

V. TÓM TẮT :

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

VI. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính.....
.....
- Bệnh kèm theo.....
.....
- Phân biệt.....

VII. TIỀN LUỢNG:

VIII. ĐIỀU TRỊ

- Phương pháp.....
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....
BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN**1. Chẩn đoán bệnh chính:**

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

.....

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP: MT: Nhãn áp ra viện: MP: MT:

Có kính: MP: MT:

+ Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Hồ sơ, phim, ảnh:		Người nhận hồ sơ: Họ tên	Ngày tháng năm 20..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang			
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên	Họ tên

Khoa:.....Giường.....

BỆNH ÁN MẮT**(Bán phần trước)**

MS: 22/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../ 210 / 200 /

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (<i>In hoa</i>).....	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới 1. Nam <input type="checkbox"/>	2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx)	Xã, phường Tỉnh, thành phố	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	
10. BHYT giá trị đến ngày.....tháng.....năm 200....	Số thẻ BHYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số	

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờph ng / th / năm/...../ 200...	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/> <input type="text"/>
13. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoagiờ.....phút/...../.....	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển Khoa <input type="text"/>giờ.....phút/...../..... <input type="text"/>giờ.....phút/...../.....	18. Ra việngiờ.....ngày...../...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25.. Ra viện: + Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (<i>Nguyên nhân</i>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB, cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/> 23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: 24. Tổng số lần phẫu thuật:	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1.Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong:giờ.....phútngày.....tháng.....năm..... 1.Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> 1.Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3.Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

Ngày.....tháng.....năm 200....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN**1. Chẩn đoán bệnh chính:**

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật:

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Kết quả:

.....

.....

+ Biến chứng/di chứng:

.....

.....

+ Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Người nhận hồ sơ: Họ tên	Ngày.....tháng.....năm 200.... Bác sỹ điều trị Họ tên
---	--	--

A - BỆNH ÁN

1. Lý do vào viện:

2. Bệnh sử:

- Thời gian xuất hiện bệnh
 - Nguyên nhân (nếu có)
 - Các phương pháp đã điều trị
-

3. Tiền sử:

- Bản thân:

+ Tại mắt:

.....

+ Toàn thân:

.....

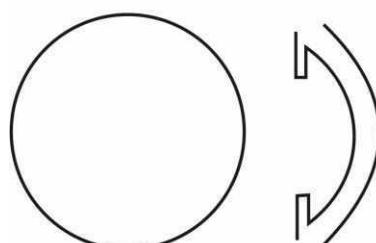
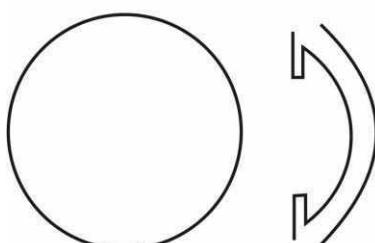
- Gia đình : + Bệnh mắt

+ Bệnh toàn thân

4. Khám bệnh

4.1 Khám mắt

	MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
1. Thị lực	Không kính Qua lố Có chỉnh kính Nhìn gần	Không kính Qua lố Có chỉnh kính Nhìn gần
2. Nhãn áp
3. Lác và vận nhãn
4. Lê đạo	Bорм lê quản: Nước thoát tốt : <input type="checkbox"/> Trào lê quản đổi diên: <input type="checkbox"/> Trào tại chỗ: <input type="checkbox"/>	Borm lê quản: Nước thoát tốt : <input type="checkbox"/> Trào lê quản đổi diên: <input type="checkbox"/> Trào tại chỗ: <input type="checkbox"/>
5. Mi mắt	Bình thường: <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Chắp <input type="checkbox"/> Lẹo <input type="checkbox"/> Sẹo da mi <input type="checkbox"/> Sụp mi <input type="checkbox"/> Khác : -U mi <input type="checkbox"/> Tính chất u Vị trí Kích thước -Quặm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không + Mi trên 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> + Mi dưới 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> -Hở mi: <input type="checkbox"/> -Trễ mi: <input type="checkbox"/>	Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Chắp <input type="checkbox"/> Lẹo <input type="checkbox"/> Sẹo da mi <input type="checkbox"/> Sụp mi <input type="checkbox"/> Khác : -U mi <input type="checkbox"/> Tính chất u Vị trí Kích thước -Quặm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không + Mi trên 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> + Mi dưới 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> -Hở mi : <input type="checkbox"/> - Trễ mi : <input type="checkbox"/>

	<p>-Khuyết mi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>-Tuyến bờ mi: <input type="checkbox"/> <i>Viêm tarc nhẹ</i> <input type="checkbox"/> <i>Vừa</i> <input type="checkbox"/> <i>Nặng</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Viêm bờ mi (chân lông mi) <input type="checkbox"/></p> <p>-Tổn thương khác:</p>	<p>-Khuyết mi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>-Tuyến bờ mi: <input type="checkbox"/> <i>Viêm tarc nhẹ</i> <input type="checkbox"/> <i>Vừa</i> <input type="checkbox"/> <i>Nặng</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Viêm bờ mi (chân lông mi) <input type="checkbox"/></p> <p>-Tổn thương khác:</p>
6. Kết mạc	<p>-Cương tụ: <i>Toả lan</i> <input type="checkbox"/> <i>Rìa</i> <input type="checkbox"/> <i>Ở KM nhăn cầu</i> <input type="checkbox"/> <i>Ở rìa</i> <input type="checkbox"/> <i>Toàn bộ</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Phù nè <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Sưng hoá <input type="checkbox"/></p> <p>-Nhú <input type="checkbox"/> Hột <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/></p> <p>-Tiết tố mù <input type="checkbox"/> Tiết tố trong <input type="checkbox"/> Giả mạc <input type="checkbox"/></p> <p>-Bắt màu fluor <input type="checkbox"/></p> <p>-U kêt mạc: + <i>Tính chất</i> + <i>Vị trí</i> + <i>Kích thước</i></p> <p>-Cùng đồ: Bình thường <input type="checkbox"/> <i>Can</i> <input type="checkbox"/> <i>Dính</i> <input type="checkbox"/></p> <p>+ Chiều cao của cầu dính: · Dính ở cùng đồ, chưa vào sụn <input type="checkbox"/> · Dính cùng đồ, vào sụn nhưng chưa hết chiều cao sụn <input type="checkbox"/> · Dính hết chiều cao sụn mi <input type="checkbox"/> · Dính cả bờ mi hoặc điểm lệ <input type="checkbox"/></p> <p>+ Độ rộng của cầu dính: · ≤ 1/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> · 1/3 – 2/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> · ≥ 2/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>	<p>-Cương tụ: <i>Toả lan</i> <input type="checkbox"/> <i>Rìa</i> <input type="checkbox"/> <i>Ở KM nhăn cầu</i> <input type="checkbox"/> <i>Ở rìa</i> <input type="checkbox"/> <i>Toàn bộ</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Phù nè <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Sưng hoá <input type="checkbox"/></p> <p>-Nhú <input type="checkbox"/> Hột <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/></p> <p>-Tiết tố mù <input type="checkbox"/> Tiết tố trong <input type="checkbox"/> Giả mạc <input type="checkbox"/></p> <p>-Bắt màu fluor <input type="checkbox"/></p> <p>-U kêt mạc: + <i>Tính chất</i> + <i>Vị trí</i> + <i>Kích thước</i></p> <p>-Cùng đồ: Bình thường <input type="checkbox"/> <i>Can</i> <input type="checkbox"/> <i>Dính</i> <input type="checkbox"/></p> <p>+ Chiều cao của cầu dính: · Dính ở cùng đồ, chưa vào sụn <input type="checkbox"/> · Dính cùng đồ, vào sụn nhưng chưa hết chiều cao sụn <input type="checkbox"/> · Dính hết chiều cao sụn mi <input type="checkbox"/> · Dính cả bờ mi hoặc điểm lệ <input type="checkbox"/></p> <p>+ Độ rộng của cầu dính: · ≤ 1/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> · 1/3 – 2/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> · ≥ 2/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>
7. Giác mạc		
	<p>-Kích thước: <input type="checkbox"/> <i>To</i> <input type="checkbox"/> <i>Nhỏ</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Hình dạng: <input type="checkbox"/> <i>Nón</i> <input type="checkbox"/> <i>Cầu</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Biểu mô: + <i>Tổn thương dạng chám</i> <input type="checkbox"/> + <i>Phù bọng biểu mô</i> <input type="checkbox"/> <i>Nhẹ</i> <input type="checkbox"/> <i>Vừa</i> <input type="checkbox"/> <i>Nặng</i> <input type="checkbox"/></p>	<p>-Kích thước: <input type="checkbox"/> <i>To</i> <input type="checkbox"/> <i>Nhỏ</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Hình dạng: <input type="checkbox"/> <i>Nón</i> <input type="checkbox"/> <i>Cầu</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Biểu mô: + <i>Tổn thương dạng chám</i> <input type="checkbox"/> + <i>Phù bọng biểu mô</i> <input type="checkbox"/> <i>Nhẹ</i> <input type="checkbox"/> <i>Vừa</i> <input type="checkbox"/> <i>Nặng</i> <input type="checkbox"/></p>

	<p>+ Mắt biếu mô < 1/3d. tích <input type="checkbox"/> 1/3 - 1/2d. tích <input type="checkbox"/> > 1/2d. tích <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Sát rìa <input type="checkbox"/></p> <p>+ Bờ tổn thương nham nhở <input type="checkbox"/> tron nhẵn <input type="checkbox"/> đào rãnh <input type="checkbox"/></p> <p>+ Thoái hoá dài băng <input type="checkbox"/> + Lắng đọng thuốc <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương khác:</p> <p>- Nhu mô:</p> <p>+ Phù: Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/></p> <p>+ Thâm lậu: Nồng <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> Rất sâu <input type="checkbox"/> Khu trú <input type="checkbox"/> Lan toả <input type="checkbox"/> Nhiều ố vệt tinh <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tiêu mồng < 1/2 c/dày <input type="checkbox"/> > 1/2 c/dày <input type="checkbox"/> Ở rìa <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Ở trung tâm <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương khác:</p> <p>- Nội mô & Descemet:</p> <p>Nép gấp <input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Túi sác tố mặt sau GM <input type="checkbox"/> Mủ mặt sau <input type="checkbox"/> Xuất tiết mặt sau <input type="checkbox"/> Guttata <input type="checkbox"/> Rạn màng Descemet <input type="checkbox"/> Cuộn Descemet <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:</p> <p>- Doạ thủng <input type="checkbox"/> Kẹt móng mắt <input type="checkbox"/></p> <p>- Thủng giác mạc: Trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Sát rìa <input type="checkbox"/> Seidel <input type="checkbox"/> Đường kính thủng <input type="checkbox"/> mm Thủng bít <input type="checkbox"/> Không bít <input type="checkbox"/></p> <p>- Cảm giác giác mạc: Mắt <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>- Tân mạch: + Nồng, hướng tâm <input type="checkbox"/> ly tâm <input type="checkbox"/> + Sâu <input type="checkbox"/></p> <p>Mức độ ≤ 1/3 chu vi <input type="checkbox"/> 1/3 - 2/3 chu vi <input type="checkbox"/> ≥ 2/3 chu vi <input type="checkbox"/></p> <p>- Vùng rìa giác mạc: + Suy té bào nguồn <input type="checkbox"/> + Thoái hoá già <input type="checkbox"/> + Lắng đọng Canxi, san hô <input type="checkbox"/></p> <p>- Bất thường khác:</p>	<p>+ Mắt biếu mô < 1/3d. tích <input type="checkbox"/> 1/3 - 1/2d. tích <input type="checkbox"/> > 1/2d. tích <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Sát rìa <input type="checkbox"/></p> <p>+ Bờ tổn thương nham nhở <input type="checkbox"/> tron nhẵn <input type="checkbox"/> đào rãnh <input type="checkbox"/></p> <p>+ Thoái hoá dài băng <input type="checkbox"/> + Lắng đọng thuốc <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương khác:</p> <p>- Nhu mô:</p> <p>+ Phù: Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/></p> <p>+ Thâm lậu: Nồng <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> Rất sâu <input type="checkbox"/> Khu trú <input type="checkbox"/> Lan toả <input type="checkbox"/> Nhiều ố vệt tinh <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tiêu mồng < 1/2 c/dày <input type="checkbox"/> > 1/2 c/dày <input type="checkbox"/> Ở rìa <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Ở trung tâm <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương khác:</p> <p>- Nội mô & Descemet:</p> <p>Nép gấp <input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Túi sác tố mặt sau GM <input type="checkbox"/> Mủ mặt sau <input type="checkbox"/> Xuất tiết mặt sau <input type="checkbox"/> Guttata <input type="checkbox"/> Rạn màng Descemet <input type="checkbox"/> Cuộn Descemet <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:</p> <p>- Doạ thủng <input type="checkbox"/> Kẹt móng mắt <input type="checkbox"/></p> <p>- Thủng giác mạc: Trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Sát rìa <input type="checkbox"/> Seidel <input type="checkbox"/> Đường kính thủng <input type="checkbox"/> mm Thủng bít <input type="checkbox"/> Không bít <input type="checkbox"/></p> <p>- Cảm giác giác mạc: Mắt <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>- Tân mạch: + Nồng, hướng tâm <input type="checkbox"/> ly tâm <input type="checkbox"/> + Sâu <input type="checkbox"/></p> <p>Mức độ ≤ 1/3 chu vi <input type="checkbox"/> 1/3 - 2/3 chu vi <input type="checkbox"/> ≥ 2/3 chu vi <input type="checkbox"/></p> <p>- Vùng rìa giác mạc: + Suy té bào nguồn <input type="checkbox"/> + Thoái hoá già <input type="checkbox"/> + Lắng đọng Canxi, san hô <input type="checkbox"/></p> <p>- Bất thường khác:</p>
8. Củng mạc	<p>- Viêm: + Nốt <input type="checkbox"/> Lan toả <input type="checkbox"/> Áp xe <input type="checkbox"/> + Nồng <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Viêm thương củng mạc <input type="checkbox"/></p> <p>- Giãn lồi <input type="checkbox"/> Tiêu mồng <input type="checkbox"/> Hoại tử <input type="checkbox"/></p> <p>- Chi tiết khác:</p>	<p>- Viêm: + Nốt <input type="checkbox"/> Lan toả <input type="checkbox"/> Áp xe <input type="checkbox"/> + Nồng <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Viêm thương củng mạc <input type="checkbox"/></p> <p>- Giãn lồi <input type="checkbox"/> Tiêu mồng <input type="checkbox"/> Hoại tử <input type="checkbox"/></p> <p>- Chi tiết khác:</p>
9. Tiền phòng (góc TP)	<p>- Bình thường <input type="checkbox"/> Nồng <input type="checkbox"/> Mắt TP <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> - Mủ <input type="checkbox"/> mm Tyndal(+) <input type="checkbox"/></p> <p>- Màng xuất tiết <input type="checkbox"/> - Máu <input type="checkbox"/> mm</p> <p>- Tổn thương khác:</p>	<p>- Bình thường <input type="checkbox"/> Nồng <input type="checkbox"/> Mắt TP <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> - Mủ <input type="checkbox"/> mm Tyndal(+) <input type="checkbox"/></p> <p>- Màng xuất tiết <input type="checkbox"/> - Máu <input type="checkbox"/> mm</p> <p>Tổn thương khác:</p>

10. Móng mắt	Nâu xốp <input type="checkbox"/>	Xơ teo <input type="checkbox"/>	Nâu xốp <input type="checkbox"/>	Xơ teo <input type="checkbox"/>
	Cương tụ <input type="checkbox"/>	Tân mạch <input type="checkbox"/>		
11. Đòn tử	Phòi <input type="checkbox"/>	Kết <input type="checkbox"/>	Phòi <input type="checkbox"/>	Kết <input type="checkbox"/>
	-Đường kính <input type="checkbox"/> mm			
12. Thuỷ tinh thể	-Tròn <input type="checkbox"/>	Méo <input type="checkbox"/>	Dính <input type="checkbox"/>	Vị trí dính:.....
	-Phản xạ: <i>Tốt</i> <input type="checkbox"/>	<i>Kém</i> <input type="checkbox"/>	<i>Mất</i> <input type="checkbox"/>	
13. Ánh đồng tử	-Tổn thương khác:		-Tổn thương khác:	
	-Bình thường <input type="checkbox"/>			
14. Dịch kính	-Hồng <input type="checkbox"/>	Xám <input type="checkbox"/>	Không soi được <input type="checkbox"/>	-Hồng <input type="checkbox"/>
	Sạch <input type="checkbox"/>	Đục <input type="checkbox"/>	Xuất huyết <input type="checkbox"/>	Sạch <input type="checkbox"/>
15. Đáy mắt	Tổn thương khác:.....		Tổn thương khác:.....	
	-Gai thị: <i>Không soi được</i> <input type="checkbox"/>		-Gai thị: <i>Không soi được</i> <input type="checkbox"/>	
	Bình thường <input type="checkbox"/>	<i>Lõm teo gai</i> <input type="checkbox"/>	<i>C/D</i>	Bình thường <input type="checkbox"/>
	<i>Phù gai</i> <input type="checkbox"/>	<i>Bạc màu gai thi</i> <input type="checkbox"/>		<i>Phù gai</i> <input type="checkbox"/>
	-Võng mạc:		-Võng mạc:	
	- Hệ mạch máu:.....		- Hệ mạch máu:.....	
	Tổn thương khác.....		Tổn thương khác.....	

4.2 Khám bệnh toàn thân :

- Huyết áp..... Nhiệt độ..... Mạch.....
- Nội tiết: Bình thường
Có bệnh
- Tâm thần, thần kinh Bình thường
Có bệnh
- Tuần hoàn Bình thường
Có bệnh
- Hô hấp Bình thường
Có bệnh
- Tiêu hoá Bình thường

- Có bệnh
- Cơ xương khớp Bình thường
Có bệnh
- Tiết niệu, sinh dục Bình thường
Có bệnh
- Khác
-

5.Xét nghiệm:.....

.....

.....

6. Kết luận:

- Chẩn đoán chính:
-
- Chẩn đoán kèm theo :.....
- Chẩn đoán phân biệt (nếu có):
-

7.Tiên lượng:

.....

8 Hướng điều trị:

.....

.....

.....

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

PHẦN THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

PHIẾU PHẪU THUẬT/ THỦ THUẬT

- Ngày phẫu thuật:
 - Phương pháp phẫu thuật:
 - Phương pháp vô cảm:
 - Phẫu thuật viên chính:
 - Phẫu thuật viên phụ:
 - Bác sỹ gây mê hồi sức:

Ngày tháng năm 200.....

PHẪU THUẬT VIÊN

Ho tên:

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

.....

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP: MT: Nhãn áp ra viện: MP: MT:

Có kính: MP: MT:

+ Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Hồ sơ, phim, ảnh:		Người nhận hồ sơ:	Ngày tháng năm 20.....
Loại	Số tờ	Người giao hồ sơ:	Bác sỹ điều trị
- X - quang		Họ tên	
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên

BỆNH ÁN MẮT

(Đáy mắt)

MS: 23/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT..... /210/20.....

Khoa:..... Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

- | | | |
|--|--|--------------------------|
| 1. Họ và tên:..... | 2. Ngày sinh:/...../..... | Tuổi:/..... |
| 3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | 4. Nghề nghiệp: | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dân tộc:..... | 6. Ngoại kiều: | <input type="checkbox"/> |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường | | |
| Huyện (Quận, thị xã) Tỉnh (thành phố) | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Nơi làm việc: | 9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> | |
| 10.BHYT giá trị đến ngày..... tháng năm 20..... Số thẻ BHYT: | | |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: | Số điện thoại liên lạc: | |

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện giờ..... phút ngày / / 13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="checkbox"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> 16. Chuyển khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đên
	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../ 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="checkbox"/>	25. Ra viện + Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="checkbox"/> (<i>nguyên nhân</i>) <input type="checkbox"/>
21. KKB, Cấp cứu..... <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo..... <input type="checkbox"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="checkbox"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="checkbox"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="checkbox"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="checkbox"/>	

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đở, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong:giờ.....phút Ngày.....tháng.....năm..... 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="checkbox"/>
	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/>

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....ngày thứcủa bệnh

II. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý.....

2. Tiễn sứ:

Bản thân:.....

Gia đình:

III. KHÁM BỆNH

1. Khám chuyên khoa

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Mủ, xuất tiết	<input type="checkbox"/> Mức độ.....	Mủ, xuất tiết	<input type="checkbox"/> Mức độ.....
Tyndall	<input type="checkbox"/> Độ	Tyndall	<input type="checkbox"/> Độ
Góc tiền phòng: Dính <input type="checkbox"/> Sắc tố <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/>		Góc tiền phòng: Dính <input type="checkbox"/> Sắc tố <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/>	
Tổn thương khác:.....		Tổn thương khác:.....	
6. Móng măt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/>		6. Móng măt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/>	
Tân mạch móng măt <input type="checkbox"/>Hạt Koeppi <input type="checkbox"/>		Tân mạch móng măt <input type="checkbox"/>Hạt Koeppi <input type="checkbox"/>	
Hạt Busaca <input type="checkbox"/>		Hạt Busaca <input type="checkbox"/>	
Đồng tử: Ánh đồng tử..... Kích thước..... mm.		Đồng tử: Ánh đồng tử..... Kích thước..... mm.	
Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....		Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....	
PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/>		PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/>	
Bệnh lý khác:		Bệnh lý khác:	
7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục vỡ T3 <input type="checkbox"/>		7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục vỡ T3 <input type="checkbox"/>	
Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/>		Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/>	
Dính sắc tố mặt trước thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/>		Dính sắc tố mặt trước thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/>	
Tổn thương khác:		Tổn thương khác:	
8. Dịch kính: Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ.....		8. Dịch kính: Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ.....	
Viêm mủ <input type="checkbox"/>		Viêm mủ <input type="checkbox"/>	
Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/>		Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/>	
Tổn thương khác:		Tổn thương khác:	
9. Võng mạc: Hệ mạch: Bình thường <input type="checkbox"/>		9. Võng mạc: Hệ mạch: Bình thường <input type="checkbox"/>	
Tắc ĐM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> mi VM <input type="checkbox"/>		Tắc ĐM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> mi VM <input type="checkbox"/>	
Tắc TM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/>		Tắc TM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/>	
phù <input type="checkbox"/> thiếu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <input type="checkbox"/>		phù <input type="checkbox"/> thiếu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <input type="checkbox"/>	
Viêm mao mạch <input type="checkbox"/> Tân mạch võng mạc <input type="checkbox"/>		Viêm mao mạch <input type="checkbox"/> Tân mạch võng mạc <input type="checkbox"/>	
Tân mạch hắc mạc: dưới HĐ <input type="checkbox"/> ngoài HĐ <input type="checkbox"/>		Tân mạch hắc mạc: dưới HĐ <input type="checkbox"/> ngoài HĐ <input type="checkbox"/>	
Đĩa thị: Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/> Bạc màu <input type="checkbox"/>		Đĩa thị: Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/> Bạc màu <input type="checkbox"/>	
Tân mạch gai <input type="checkbox"/> <1/4 gai <input type="checkbox"/> 1/4 -1/2gai <input type="checkbox"/> > 1/2 gai <input type="checkbox"/>		Tân mạch gai <input type="checkbox"/> <1/4 gai <input type="checkbox"/> 1/4 -1/2gai <input type="checkbox"/> > 1/2 gai <input type="checkbox"/>	
Hoàng điểm: Bình thường <input type="checkbox"/> Mát ánh HĐ <input type="checkbox"/>		Hoàng điểm: Bình thường <input type="checkbox"/> Mát ánh HĐ <input type="checkbox"/>	
Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/>		Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> TỎA LAN <input type="checkbox"/>	
Lỗ: Độ.....lỗ llop <input type="checkbox"/> giả lỗ <input type="checkbox"/>		Lỗ: Độ.....lỗ llop <input type="checkbox"/> giả lỗ <input type="checkbox"/>	
Sẹo HĐ có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/>		Sẹo HĐ có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/>	
Thoái hóa VM: chu biên <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/>		Thoái hóa VM: chu biên <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/>	
Hình thái thoái hóa:		Hình thái thoái hóa:	
Xuất huyết: VM nông <input type="checkbox"/> VM sâu <input type="checkbox"/> Hắc mạc <input type="checkbox"/>		Xuất huyết: VM nông <input type="checkbox"/> VM sâu <input type="checkbox"/> Hắc mạc <input type="checkbox"/>	
Xuất tiết : Cứng <input type="checkbox"/> Dạng bông <input type="checkbox"/>		Xuất tiết : Cứng <input type="checkbox"/> Dạng bông <input type="checkbox"/>	
Bong thanh dịch <input type="checkbox"/> Bong BMST <input type="checkbox"/>		Bong thanh dịch <input type="checkbox"/> Bong BMST <input type="checkbox"/>	

Ô viêm hắc mạc : Hoạt tính <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Số lượng: Vị trí	Ô viêm hắc mạc : Hoạt tính <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Số lượng: Vị trí
Bong vồng mạc <input type="checkbox"/> Mức độ:.....	Bong vồng mạc <input type="checkbox"/> Mức độ:.....
Rách vồng mạc <input type="checkbox"/> Số lượng	Rách vồng mạc <input type="checkbox"/> Số lượng
Vị trí vết rách	Vị trí vết rách
Hình thái.....	Hình thái.....
Tổn thương phối hợp:.....	Tổn thương phối hợp:.....
Bệnh lý khác	Bệnh lý khác
9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....	9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....
Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....	Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....

2. Toàn thân

- Chưa có biểu hiện bệnh lý
- Bệnh lý.....
.....
.....

Mạch Lần/phút
 Nhiệt độ °C
 Huyết áp mmHg
 Nhịp thở lần/phút
 Cân nặng Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CÀN LÀM:

V. TÓM TẮT :

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

VI. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính.....
.....

Bệnh kèm theo.....
.....

Phân biệt.....

VII. TIỀN LUỢNG.....

VIII. ĐIỀU TRỊ

- Phương pháp.....
.....

Ngày tháng năm 20

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN**1. Chẩn đoán bệnh chính:**

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

.....

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP: MT: Nhãn áp ra viện: MP: MT:

Có kính: MP: MT:

+ Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Hồ sơ, phim, ảnh:		Người nhận hồ sơ: Họ tên	Ngày.....tháng.....năm 20.... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang			
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Họ tên

BỆNH ÁN MẮT

(Glôcôm)

MS: 24/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

- | | | |
|---|--|---|
| 1. Họ và tên:..... | 2. Ngày sinh | Tuổi |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | 4. Nghề nghiệp:..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Dân tộc:..... | 6. Ngoại kiều: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố | Xã, phường | |
| Huyện (Quận, thị xã) | Tỉnh (thành phố)..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Nơi làm việc: | 9. Đôi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> | |
| 10.BHYT giá trị đến ngày..... tháng năm 20..... | Số thẻ BHYT: | |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: | Số điện thoại liên lạc: | |

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện giờ..... phút ngày / /	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	
Khoa 15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện:1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
 khoa 16. Chuyển <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Dưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25. Ra viện + Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<i>nguyên nhân</i>)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. KKB, Cấp cứu..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khoi <input type="checkbox"/> 2. Đở, giảm <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong:giờ.....phútNgày.....tháng.....năm..... 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên	Họ và tên			
A. BỆNH ÁN				
I. Lý do đi khám:				
1. Nhức mắt:				
γ dữ dội	<input type="checkbox"/> vừa	<input type="checkbox"/> nhẹ	<input type="checkbox"/> không	
2. Nhìn:	<input type="checkbox"/> mờ đột ngột	<input type="checkbox"/> mờ từng lúc	<input type="checkbox"/> sương mù	<input type="checkbox"/> không mờ
γ mờ tăng dần	<input type="checkbox"/> nhìn thu hẹp	<input type="checkbox"/> quang tán sắc		
3. Sợ ánh sáng, chảy nước mắt:	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không		
4. Đỏ mắt:	<input type="checkbox"/> có	<input type="checkbox"/> không		
5. Toàn thân:	<input type="checkbox"/> đau đầu	<input type="checkbox"/> nôn	<input type="checkbox"/> buồn nôn	<input type="checkbox"/> không
6. Các triệu chứng khác:				

II. Quá trình bệnh lý

1. Thời gian xuất hiện bệnh:
2. Cơ sở y tế đã khám và điều trị: Huyện Tỉnh Trung ương Khác
3. Phương pháp đã điều trị: Phẫu thuật Thuốc Laser
4. Phẫu thuật, thủ thuật đã thực hiện:

	Mắt phải				Mắt trái			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Loại phẫu thuật								
Thủ thuật								
	1. cắt bì CGM 2. cắt bì+CCH 3. cắt CMS 4. cắt CCM+CCH 5. cắt MM ngoại vi 6. van dẫn lưu 7. quang đông TM 8. lạnh đông TM 9. sửa sẹo bọng 10. kẹt cung mạc 11. Laser MM ngoại vi 12. Laser tạo hình MM 13. Laser tạo hình bì 14. Khác (CB+TTT; CB+CDK-BVM...)							
Thời điểm p.thuật								
Noi phẫu thuật								
	1. bệnh viện huyện 2. bệnh viện tỉnh 3. bệnh viện trung ương 4. nơi khác							

5. Thuốc hạ nhãn áp đã dùng: uống tra mắt tiêm
 1 thuốc 2 thuốc 3 thuốc 4 thuốc

Mắt	Tên thuốc	Liều dùng	Thời gian đã dùng	Ghi chú (lí do thay cắt thuốc)

6. Các thuốc khác:
.....
7. Tiến trình điều trị:
.....

III. Tiền sử các bệnh mắt khác

- Cận thị Viễn thị Chấn thương Viêm màng bồ đào
- Viêm phan trước nhãn cầu Tắc TMTTVM Đã PT mắt:
- Bệnh khác:
- Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. *Tên thuốc:*
- Thời gian sử dụng:
- Đường dùng: Tra mắt Tiêm mắt Toàn thân
- Theo chỉ định của bác sĩ Bệnh nhân tự dùng thuốc

VI. Tiền sử bệnh toàn thân

- Tim mạch Huyết áp (cao, thấp) Đái đường

Y Rò động mạch cảnh - xoang hang

Bệnh khác:

V. Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình

Y ông, bà
Y anh, chị, em

bố, mẹ
 cô, dì, chú, bác

VI. Khám bệnh

1. Khám mắt

	Mắt phải	Mắt trái
1. Thị lực vào viện Không kính Có kính
2. Nhấn áp (Maclakov, Goldmann) mmHg mmHg
3. Mi mắt: - Sung nề - Khác	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
4. Kết mạc - Cương tụ - Sẹo mô cũ - Bọng dò	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí..... Y tốt <input type="checkbox"/> dẹt <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí..... Y tốt <input type="checkbox"/> dẹt <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát
5. Giác mạc - Tình trạng trong suốt - Phù nè, bọng biểu mô - Độ dày giác mạc - Tuba (số lượng, vị trí) - Đường kính giác mạc	Y trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ.....	Y trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ.....
6. Cung mạc - Dãn lồi - Sẹo mô	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí.....	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí.....
7. Tiền phòng - Độ sâu (p.p Smith) - P.p Herickmm <1/4. 1/4.1/2. \geq GMmm <1/4. 1/4.1/2. \geq GM
8. Góc tiền phòng		
Dấu hiệu khác:
9. Mống mắt - Màu sắc - Tình trạng thoái hoá - Tân mạch Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... Y Có <input type="checkbox"/> Không
10. Đồng tử - Đường kính - Viền sắc tố - Phản xạ	Y tròn <input type="checkbox"/> méo Y bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất	Y tròn <input type="checkbox"/> méo Y bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất
11. Thể thủy tinh	Y trong <input type="checkbox"/> đục Y nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ	Y trong <input type="checkbox"/> đục Y nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ
12. Dịch kính
13. Đáy mắt - Võng mạc - Hoàng điểm - Tân mạch - Xuất huyết Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không

14. Đĩa thị giác	<p>- Viền thần kinh</p> <p>- Mầu sắc</p> <p>- C/D</p> <p>- Mạch máu</p> <p>- Xuất huyết</p> <p>- Teo cạnh gai</p>	<p>Y bình thường <input type="checkbox"/> bất thường (<input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Y bình thường <input type="checkbox"/> bất thường (<input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
15. Vận nhãn, lác
16. Nhãn cầu	Y bình thường <input type="checkbox"/> dãn lồi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ	Y bình thường <input type="checkbox"/> dãn lồi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ	Y bình thường <input type="checkbox"/> dãn lồi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ
17. Hốc mắt

2. Toàn thân

- Huyết áp Nhiệt độ Mạch
- Nội tiết
- Tâm thần, thần kinh
- Tuần hoàn:
- Hô hấp
- Tiêu hoá:
- Cơ - xương - khớp:
- Tiết niệu, sinh dục
- Khác:

VII. Các xét nghiệm cần làm:

VIII. Chẩn đoán:

1. Bệnh chính

- Mắt phải:
- Mắt trái:

2. Bệnh kèm theo:

MP

MT

3. Bệnh toàn thân:

XI. Chỉ định điều trị:

X. Tiên lượng:

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

--	--	--

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

- Mắt phải Mã bệnh □□□□

- Mắt trái Mã bệnh □□□□

2. Phương pháp điều trị:

Y Phẫu thuật:

Y Laser:

Y Thuốc:

3. Tình trạng ra viện

- Mắt phải:

.....

- Mắt trái:

.....

Thị lực ra viện: không kính: MP: MT: Nhãn áp ra viện MP mmHg

có kính: MP: MT: MT: mmHg

4. Hướng điều trị tiếp theo

Y Theo dõi:

.....

Y Phẫu thuật:

.....

Y Laser:

.....

Y Thuốc:

.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày..... tháng..... năm 20....
Loại	Số tờ	Bác sĩ điều trị	
- X quang		Họ tên.....	
- CT scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên.....

BỆNH ÁN MẮT

(Lác, sụp mi)

MS: 24/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT..... /210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1. Họ và tên:..... | 2. Ngày sinh
Tuổi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | 4. Nghề nghiệp | <input type="checkbox"/> 5. | |
| Dân tộc:..... | 6. Ngoại kiều | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường | | | |
| Huyện (Quận, thị xã) | Tỉnh (thành phố) | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Nơi làm việc:..... | 9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> | | |
| 10.BHYT giá trị đến ngày..... tháng năm 20..... | Số thẻ BHYT: | | |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: | Số điện thoại liên lạc: | | |

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện giờ..... phút ngày / /	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	
Khoa 15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../..... Chuyển khoa 16. Chuyển khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../..... <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../..... <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../.....	17. Chuyển viện:1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../ 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Dưa về <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25. Ra viện + Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<i>nguyên nhân</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. KKB, Cấp cứu..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="checkbox"/>	
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="checkbox"/>	

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong:giờ.....phút Ngày.....tháng.....năm..... 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30. Khám nghiêm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Trưởng khoa

Giám đốc bệnh viện

Họ và tên

Họ và tên

A.BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện Lác Sụp mi Khác

II. Hỏi bệnh

1. Quá trình bệnh lý

- Nguyên nhân : Bẩm sinh
Mắc phải Từ bao giờ.....
- Triệu chứng chính : Lác trong Lác ngoài Lác chéo
Sụp mi Rung giật nhãn cầu Khác
- Đã điều trị: Tập nhược thị Phương pháp
Kết quả: Tốt Trung bình Kém
Phẫu thuật Phương pháp
Kết quả: Tốt Mổ non Mổ già

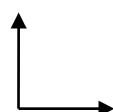
2.Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường Bệnh lý
- Gia đình: Không Có

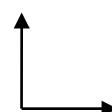
III. Khám bệnh

1. Bệnh chuyên khoa:

- Thị lực vào viện: Không kính: MP: MT.....
Có kính: MP.....MT.....
- Khúc xạ máy : Trước Atropine : MP.....MT.....
Sau Atropine: MP.....MT.....
- Soi bóng đồng tử :
Sau Atropine:



MP

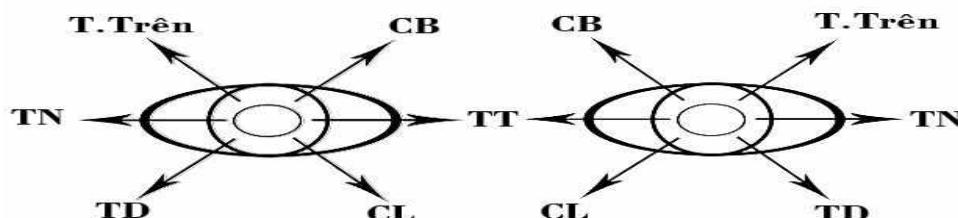


MT

- Vận nhãn ngoại lai:

Gia tăng (+) (++) (+++)

Hạn chế (-) (- -) (----)



- Vận nhãn nội tại: MP Bình thường Bệnh lý
- MT Bình thường Bệnh lý
- Điểm cân qui tụ: Bình thường 6- 8 cm Bệnh lý.....
- Rung giật nhãn cầu : Không Có
- Kiểu RGNC.....

Góc hâm: Không Có

- Thủ nghiệm che mắt: Trả trong ra Trả ngoài vào Trả chéo

- Hình thái và tính chất lác:

- Độ lác: Hirschberg: Trước atropine..... Sau atropine.....

Lăng kính: Trước atropine..... Sau atropine.....

Nhìn gần:..... Nhìn xa.....

Nhìn lên..... Nhìn xuống.....

- Hội chứng:

- Synoptophore : Khách quan..... Chủ quan.....

- Tình trạng thị giác hai mắt: Đồng thị Hợp thị Phù thị

Biên độ hợp thị:.....

- Tương ứng võng mạc: Bình thường Bất bình thường

- Song thị : Không Có

- Tư thế bù trừ : Không Có

Khám mắt	Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt - Sụp mi: mức độ - Epicanthus - Chức năng cơ nâng mi - Marcus gunn - Dấu hiệu Bell - Khác	✓ Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý ✓ Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 ✓ Có <input type="checkbox"/> Không ✓ Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém ✓ Có <input type="checkbox"/> Không ✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý ✓ Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 ✓ Có <input type="checkbox"/> Không ✓ Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém ✓ Có <input type="checkbox"/> Không ✓ Có <input type="checkbox"/> Không
2. Kết mạc	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý
3. Phần trước nhãn cầu	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý
4. Phần sau nhãn cầu và đáy mắt Định thị	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý
	✓ Trung tâm <input type="checkbox"/> Cạnh tâm ✓ Ngoại tâm	✓ Trung tâm <input type="checkbox"/> Cạnh tâm ✓ Ngoại tâm

2. Toàn thân:

- Huyết áp..... Nhiệt độ..... Mạch.....

- Nội tiết: Bình thường

Có bệnh

- Tâm thần, thần kinh Bình thường

Có bệnh

- Tuần hoàn: Bình thường

Có bệnh

- Hô hấp: Bình thường Có bệnh
 - Tiêu hoá: Bình thường Có bệnh
 - Cơ, xương, khớp: Bình thường Có bệnh
 - Tiết niệu, sinh dục: Bình thường Có bệnh
 - Khác:.....

IV. Các xét nghiệm cần làm:

V. Chẩn đoán

- Bệnh chính.....Mã.....
-Bệnh kèm theo.....Mã.....
-Phân biệt.....

VI. Điều trị

- Phương pháp chính:
 -
 - Chế độ ăn uống.....
 - Chế độ chăm sóc.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sĩ làm bệnh án

Ho và tên:.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

.....

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP MT Nhãn áp ra viện: MP: MT

Có kính : MP MT

+ Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người nhận hồ sơ:	Ngày tháng năm 20....
Loại	Số tờ	Bác sỹ điều trị	
- X- quang			
- CT Scanner		Họ tên	
- Siêu âm		Người giao hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên	Họ tên

BỆNH ÁN MẮT

(Mắt trẻ em)

MS: 26/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/200/.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

- | | | |
|--|--|---|
| 1. Họ và tên:..... | 2. Ngày sinh | Tuổi |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | 4. Nghề nghiệp:..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. |
| Dân tộc:..... | 6. Ngoại kiều: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố | X, phường | |
| Huyện (Quận, thị xã) <input type="checkbox"/> | Tỉnh (thành phố)..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Nơi làm việc: | 9. Đôi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> | |
| 10.BHYT giá trị đến ngày..... tháng năm 20..... Sô thẻ BHYT: | | |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: | Số điện thoại liên lạc: | |

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện giờ..... phút ngày / /	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../..... <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện:1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../..... <input type="checkbox"/>	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Dưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25. Ra viện
21. KKB, Cấp cứu..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<i>nguyên nhân</i>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong:giờ.....phútNgày.....tháng.....năm..... 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
2. Đở, giảm <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN**I. Lý do vào viện:**

- Nguyên nhân: Bầm sinh Mắc phái Từ bao giờ.....
 - Triệu chứng chính: Nhìn mờ Đau nhức Đỏ mắt chói mắt
 - Đã điều trị: Nội khoa Phẫu thuật
- 1. Tiền sử bệnh**
- Bản thân: Bình thường Bệnh lý
 - Gia đình: Không Có
 - Tiền sử thai nghén bệnh lý: Không Có
 - Phát triển trí tuệ: Bình thường Bệnh lý

III. Khám bệnh**1. Bệnh chuyên khoa**

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

- Vận nhãn ngoại lai: MP Bình thường Bệnh lý
 MT Bình thường Bệnh lý
- Vận nhãn nội tại: MP Bình thường Bệnh lý
- MT Bình thường Bệnh lý
- Rung giật nhãn cầu : Không Có

	Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt		
- Quăm	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Epicanthus	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Sụp mi	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- U	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Khác
2. Lê đao
3. Kết mạc		
- Cương tụ	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Xuất huyết	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Xuất tiết	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- U	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Khác
4. Giác mạc		
- Tình trạng trong suốt	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Sẹo ✓ Loạn dưỡng ✓ Thoái hóa	✓ Trong <input type="checkbox"/> Sẹo ✓ Loạn dưỡng ✓ Thoái hóa
- Phù nề, bọng biểu mô
- U (vị trí, kích thước)
- Tủa (số lượng, vị trí)

- Loét (kích thước, hình dạng, vị trí , bờ ...)
- Dị tật (GM hình chỏp, GM nhỏ...)
- Đường kính GM
- Vùng rìa
- Khác
5. Củng mạc		
- Dãn lồi	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Sẹo mổ	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Cương tụ (tỏa lan, khu trú...)
- Viêm
- Khác
6. Tiền phòng		
- Độ sâu (p.p Smith)mmmm
- Tyndall
- Mủ	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Máu	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Góc tiền phòng
7. Móng mắt, thẻ mi		
- Màu sắc
- Tình trạng thoái hoá	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Tân mạch	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Cảm giác thẻ mi	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- U	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Dị dạng	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
8. Đồng tử		
- Đường kính	Y Tròn <input type="checkbox"/> Méo	Y Tròn <input type="checkbox"/> Méo
- Viền sắc tố
- Phản xạ	Y Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mát	Y Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mát
- Dị dạng
9. Thể thủy tinh		
	Y Bình thường	Y Bình thường
	Y Đục <input type="checkbox"/> Lệch	Y Bệnh lý <input type="checkbox"/> Lệch
	Y Đục toàn bộ <input type="checkbox"/> Đục nhân	Y Đục toàn bộ <input type="checkbox"/> Đục nhân
	Y Đục bao <input type="checkbox"/> Khác	Y Đục bao <input type="checkbox"/> Khác
10. Dịch kính		
	Y Bình thường	Y Bình thường
	Y Bệnh lý	Y Bệnh lý

11. Đáy mắt		
- Võng mạc
- Hoàng điểm
- Mạch máu
- Đĩa thị
- U
12. Nhãn cầu		
	Y Mềm <input type="checkbox"/> Căng <input type="checkbox"/> To	Y Mềm <input type="checkbox"/> Căng <input type="checkbox"/> To
	Y Nhỏ <input type="checkbox"/> Teo	Y Nhỏ <input type="checkbox"/> Teo

2. Toàn thân:

- Huyết ápNhiệt độMạch
- Nội tiết:
 - Bình thường
 - Bệnh lý
- Tâm thần, thần kinh
 - Bình thường
 - Bệnh lý
- Tuần hoàn:
 - Bình thường
 - Bệnh lý
- Hô hấp:
 - Bình thường
 - Bệnh lý
- Tiêu hoá:
 - Bình thường
 - Bệnh lý
- Cơ, xương, khớp:
 - Bình thường
 - Bệnh lý
- Tiết niệu, sinh dục:
 - Bình thường
 - Bệnh lý
- Khác:.....

IV. Các xét nghiệm cần làm**V. Chẩn đoán****1. Bệnh chính**

- Mắt phải:.....
- Mắt trái:.....

2. Bệnh kèm theo:
.....**3. Phân biệt:****VI. Điều trị****1. Phương pháp chính:.....**
.....**2. Chế độ ăn uống:.....****3. Chế độ chăm sóc:.....****VII. Tiên lượng:.....**

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính

+ Lâm sàng:

.....

+ Nguyên nhân:

.....

2. Quá trình điều trị

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Kết quả:

.....

.....

+ Biến chứng/di chứng:

.....

.....

+ Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Người giao hồ sơ:

Người nhận hồ sơ:

Ngày.....tháng.....năm 20....

Bác sỹ điều trị

Họ tên.....

Họ tên

Họ tên

Bộ Y tế/Sở Y tế:

Bệnh viện/Trung tâm:

Khoa:

Buồng Giường.....

BỆNH ÁN

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Số vào viện:

Số lưu trữ:

Mã NB:

Mã YT:

Nội trú Nội trú ban ngày **I. HÀNH CHÍNH:**

1. Họ và tên (In hoa): 2. Sinh ngày:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tuổi:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:

5. Dân tộc: 6. Ngoại kiều:

7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố

8. Nơi làm việc: 9. Đổi tượng: 1.BHYT Thủ phủ Miền Khác

10. BHYT giá trị sử dụng từ ngày tháng ... năm Số thẻ BHYT

--	--	--	--	--	--	--	--

11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số:

* Giấy CN khuyết tật: a) Không có b) Có (Dạng khuyết tật:; Mức độ KT:)**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

12. Vào viện: giờ ph ngày / / 13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	14. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																												
Khoa ng / th / năm Số ngày DTs <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến																								
15. Vào khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Giờ...phút....J....J..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									18. Ra viện: giờ ngày / / 1.Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Du lịch <input type="checkbox"/>																				
16. Chuyển <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Giờ...phút....J....J..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Giờ...phút....J....J..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Giờ...phút....J....J..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									19. Tổng số ngày điều trị: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					23. Ra viện: + Bệnh chính: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
21. KKB, Cấp cứu: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					+ Bệnh kèm theo: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
22. Khi vào khoa điều trị: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>				
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>									

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị: 1. Khoi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 4. Nặng hơn <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2. Độ giảm <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 5. Tử vong <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Không thay đổi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>											26. Tình hình tử vong: giờ ph ngày tháng năm 1. Do bệnh <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2. Do tai biến điều trị <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1.Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 27. Nguyên nhân chính tử vong: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1.Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghỉ ngò <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																		

Ngày..... tháng..... năm.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. HỎI BỆNH

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

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

2. Tiền sử bệnh (*chú ý các yếu tố bệnh lý liên quan đến khuyết tật nếu có*):

- + Dị ứng:
 - + Bản thân:
 - + Gia đình:
-
.....
.....

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân (*ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...*)

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

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

2. Tình trạng đau (*Mô tả vị trí, tính chất, mức độ...*)

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

3. Các cơ quan

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

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

3.2. Cơ xương khớp, cột sống (*hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp; thử cơ bằng tay....*)

.....

3.3. Các chuyên khoa khác (tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tiết niệu, sinh dục...)

IV. XÉT NGHIỆM, CÂN LÂM SÀNG

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

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

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, 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
Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng

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

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

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

3. Phương pháp điều trị và PHCN

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

Vận động và di chuyển:

.....

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

.....

Nhận thức:

.....

Các chức năng khác:

.....

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội

Yêu

tổ 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)

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

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

(Mẫu phiếu số 1)

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

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

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

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

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

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

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

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

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,...*)

.....

.....

Ngày tháng năm
Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

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

MS:
Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

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

..... 2

Chẩn đoán:

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...)

Ngày tháng năm
Bác sĩ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

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

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS:
Số vào viện

Tờ số.....

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

- Khoa: Số buồng: Số giường:

- Chẩn đoán:

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

BỆNH ÁN

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NHÌ

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

Nội trú Nội trú ban ngày Ngoại trú

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*In hoa*):
 2. Sinh ngày:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Tuổi:

--	--	--

 3. Giới: 1. Nam 2. Nữ

--	--

 4. Nghề nghiệp:

--	--	--	--

 5. Dân tộc: 6. Ngoại kiều:

--	--	--	--

 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
 Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
 8. Họ tên cha/mẹ/người giám hộ: 9. Nghề nghiệp: cha/mẹ/người giám hộ:
 10. Đổi tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
 11. BHYT giá trị sử dụng từ ngày tháng năm Số thẻ BHYT

--	--	--	--	--	--

 12. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số:

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

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ phút ngày / / 14. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	15. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
16. Vào khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Giờ phút / / Khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Giờ phút / / Khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Giờ phút / / Khoa <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									18. Chuyển viện: 1.Truyền trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyền dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến: 19. Ra viện: giờ ngày / / 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Dưa về <input type="checkbox"/> 20. Tổng số ngày điều trị: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

III. CHẨN ĐOÁN
MÃ
MÃ

21. Nơi chuyển đến: 22. KKB, Cấp cứu: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				24. Ra viện: + Bệnh chính: + Bệnh kèm theo: + Tai biến: + Biến chứng: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
23. Khi vào khoa điều trị: + Thủ thuật: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> + Phẫu thuật: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị: 1. Khỏi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> 4. Nặng hơn <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> 2. Đở, giảm <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> 5. Tù vong <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Không thay đổi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>							27. Tình hình tử vong: giờ phút ngày tháng năm 1. Do bệnh <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> 2. Do tai biến điều trị <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> 3. Khác <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> 1. Trong 24 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> 2. Sau 24 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> 28. Nguyên nhân chính tử vong: 29. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
26. Giải phẫu bệnh (<i>khi có sinh thiết</i>): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ac tính <input type="checkbox"/>	 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm

Trưởng khoa

 Họ và tên

 Họ và tên

A. BÊNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. HỎI BỆNH

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

2. Tiền sử của mẹ

Tiền sử sản khoa: Sinh Sớm Sẩy Sống

Tuổi của mẹ khi sinh trẻ này:.....

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

3. Tiền sử của con

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

Cân nặng khi sinh: gam (1. Đủ cân 2. Cân thấp 3. Rất thấp) Tình trạng khi sinh: 1. Đẻ thường 2. Forceps 3. Giác hút 4. Đẻ chỉ huy 5. Mổ đẻ Tình trạng sau sinh: Tiêm phòng vaccine.....

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

Gia đình có người nhiễm chất độc da cam

III. KHÁM BỆNH

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

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

2. Các cơ quan:

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

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

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

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

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

thóp...)

.....

.....

.....

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG

.....

.....

.....

.....

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

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

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

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

2. **Điều trị bệnh lý kèm theo**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. **Chế độ chăm sóc người bệnh**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày tháng năm
Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng

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

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

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

3. Phương pháp điều trị và PHCN

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

Vận động và di chuyển:

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

Nhận thức: Các

chức năng khác:

..... Sự

tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội

..... Yêu

tô môi trường và cá nhân

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (bao gồm chỉ định dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế, dụng cụ trợ giúp...)

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

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

(Mẫu phiếu số 1)

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

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh:Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.....

.....

Ngày tháng năm
Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

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

MS:
Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

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

2

Chẩn đoán:

.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (*những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...*)

Ngày tháng năm
Bác sỹ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế:

Bệnh viện.....

Khoa/Trung tâm:

Khoá/Hàng tám
Buồng Giường.....

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT MS:

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS:

Số vào viên

Tờ số.....

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

- Khoa: Số buồng: Số giường:

- Chẩn đoán:

BYT/Sở Y tế:
Bệnh viện:**BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**Số ngoại trú:
Số lưu trú:**I. HÀNH CHÍNH:**

- | | |
|---|--|
| 1. Họ và tên (<i>In hoa</i>): | 2. Sinh ngày: <input type="text"/> Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/> | 4. Nghề nghiệp: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Dân tộc: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 6. Ngoại kiều: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tỉnh, thành phố | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> | |
| 10. BHYT từ ngày tháng năm
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
..... Điện thoại số | Số thẻ BHYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 12. Đến khám bệnh lúc: giờ phút ngày tháng năm | |
| 13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: 1. Y té <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> | |
- * Giấy CN khuyết tật: a).Không có b). Có (Dạng khuyết tật..... ; Mức độ KT.....)

II. LÝ DO VÀO VIỆN:**III. HỎI BỆNH:****1. Quá trình bệnh lý:****2. Tiền sử bệnh:**

+ Dị ứng:

+ Bản thân: (chú ý các yếu tố liên quan đến khuyết tật nếu có):

+ Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH:**1. Toàn thân:**

Mạch.....	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/ mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng.....	kg
Chỉ số BMI.....	

2. Các bộ phận:**3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:****4. Chẩn đoán ban đầu:****5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc):**

6. Chẩn đoán khi ra việnMã

7. Điều trị ngoại trú từ ngày/...../..... đến ngày/...../.....

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm

Bác sỹ khám bệnh

Họ và tên.....

Họ và tên.....

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

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

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

3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

4. Phương pháp điều trị:

.....

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

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

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

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

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

sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...)

.....

.....

Ngày tháng năm
Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

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

MS:
Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa: Buồng: Giường:

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

2. Chẩn đoán:

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

Ngày tháng năm
Bác sĩ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

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

**PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** MS:
Số vào viện
Tờ số.....

- Họ tên người bệnh: Năm sinh/ Tuổi: Nam/Nữ.....
 - Khoa: Số buồng: Số giường:
 - Chẩn đoán:

Phụ lục 4:
(Mẫu phiếu số 1)

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

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh:Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Yếu tố môi trường (*Đánh giá tiếp cận môi trường của 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,...*)

.....

Ngày tháng năm

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

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

MS:
Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:Giường:

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

2. Chẩn đoán:

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

Ngày tháng năm
Bác sĩ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

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

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT MS:
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Số vào viện

Tờ số.....

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

- Khoa: Số buồng: Số giường:

- Chẩn đoán: