|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sở Y tế TP.HCM  Phòng khám da liễu VTT | **BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ** | MS: BA-16 |

**A. THÔNG TIN CHUNG:**

|  |
| --- |
| 1. Họ và tên *(In hoa):* *CustomerName* |
| 2. Ngày sinh: CustomerBirthday Tuổi: ⬜⬜ ⬜ 3. Giới tính: *CustomerGender*  3. Điện thoại: CustomerTel 5. Nghề nghiệp: CustomerCareer  4. Dân tộc: CustNation ⬜⬜ 7. Quốc tịch: CustNational ⬜⬜⬜  8. Địa chỉ: CustomerAddress Xã, phường :CustCommune ⬜⬜⬜⬜⬜  Huyện (Q, Tx): CustDistrict ⬜⬜⬜ Tỉnh thành phố: CustCity ⬜⬜   |  |  | | --- | --- | | 9. Đối tượng:  BHYT | Thu phí  Miễn  Khác | |
| 10. Số thẻ BHYT: CustHeInsuaNum  11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: CustCCCD  12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin: Điện thoại: |

**B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH**

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

**II. HỎI BỆNH**

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

**2. Tiền sử bệnh:**

Dị ứng:  Không  Có, ghi rõ:

Bản thân:  Không  Có, ghi rõ:

Gia đình:  Không  Có, ghi rõ:

**III. KHÁM BỆNH**

Mạch ...................... lần/ph

*Nhiệt độ.........................0C*

*Huyết áp ........./....... mmHg*

*Nhịp thở................... lần/ph*

*Cân nặng ..................... .kg*

**1. Toàn thân:**  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:

*Mạch ................lần/ph*

*Nhiệt độ............0C*

*Huyết áp ......./..... mmHg*

*Nhịp thở............lần/ph*

*Cân nặng ...........kg*

*Chiều cao ......... cm*

**2. Các cơ quan**

Tuần hoàn:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:

Hô hấp:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:

Tiêu hóa:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:

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

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

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

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

Mắt:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:

Khác:

**3. Tóm tắt các xét nghiệm, cận lâm sàng** (có giá trị chẩn đoán, theo dõi bệnh):

**4. Chẩn đoán lúc vào viện** (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**5. Đã xử lý** *(thuốc, chăm sóc*):

**6. Chẩn đoán khi ra viện** (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**7. Điều trị ngoại trú từ ngày** ........./........./20......... đến ngày ........./........./20.........

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày......... tháng.......... năm 20.........* |
| **Bác sỹ khám bệnh**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | **Đại diện cơ sở KB, CB**  *(Ký, đóng dấu)* |

**C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN**

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

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

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

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

**3. Chẩn đoán khi ra viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):**

|  |  |
| --- | --- |
| Bệnh chính: .............................................................................................................................................. |  |
| Bệnh kèm theo (nếu có):....................................................................................................................... |  |
| Biến chứng (nếu có):.............................................................................................................................. |  |

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

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

…........................................................................................................................................................................................................

**5. Tình trạng ra viện:**

⬜ Khỏi ⬜ Đỡ ⬜ Không thay đổi ⬜ Nặng hơn ⬜ Tử vong ⬜ Tiên lượng nặng xin về

⬜ Chưa xác định

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

…………………………...................................................................................................................................................

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