|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**  **Sở y tế Tỉnh Hải Dương -------**  Số: | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------**  *Hà Nội, ngày tháng năm* |

**HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE CÁ NHÂN**

|  |  |
| --- | --- |
| **A. PHẦN THÔNG TIN HÀNH CHÍNH** | Mã hộ GĐ: **2345678910.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Họ và tên: **TIÊU HOÀNG ĐỨC** | | | | | | | | Quan hệ với chủ hộ **Chủ hộ** | | | | | | | | | | |
| Giới tính: Nam **✓** Nữ **□** | | | | | | | | Nhóm máu: Hệ ABO: **A.** Hệ Rh: **R** | | | | | | | | | | |
| Ngày sinh: **16/10/1991** | | | | | | | | Tỉnh/TP đăng ký khai sinh: **Tỉnh Hải Dương** | | | | | | | | | | |
| Dân tộc**:** | **Kinh** | | | Quốc tịch: | **Vietnam** | | | | Tôn giáo: | | | **Không** | | | Nghề nghiệp: | | | **nhân viên** |
| Số CMND/CCCD**: 142506762** | | | | | | ngày cấp: **30/05/2006** | | | | | | | | nơi cấp: **CA Hải Dương** | | | | |
| Mã định danh BHYT/ Số thẻ BHYT: **......** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nơi đăng ký HKTT: (Thôn/xóm; số nhà, đường phố): **Số 5 Nguyễn Du** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Xã/Phường: | | **Phường Trần Hưng Đạo** | | | | Quận/Huyện: | | | | **Thành phố Hải Dương** | | | | Tỉnh/TP | | **Tỉnh Hải Dương** | | |
| Nơi ở hiện tại: Thôn/xóm; số nhà, đường phố: **Số 5 Nguyễn Du** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Xã/Phường: | | | **Phường Trần Hưng Đạo** | | | Quận/Huyện: | | | | | **Thành phố Hải Dương** | | | Tỉnh/TP | | | **Tỉnh Hải Dương** | |
| Điện thoại: Cố định **......** | | | | | | | Di động: **0987639988** Email: **......** | | | | | | | | | | | |
| Họ tên mẹ: **Tiêu Hoàng Vui** | | | | | | | | Họ tên bố: **Lê Thị Thanh Toan** | | | | | | | | | | |
| Họ tên người chăm sóc chính (NCSC: **......** | | | | | | | | | | | | | Mối quan hệ: **......** | | | | | |
| Điện thoại (bố/ mẹ/ người NCSC): Cố định **......** | | | | | | | | | | | | | Di động: **......** | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

**B. NHÓM THÔNG TIN TIỀN SỬ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE**

**1. Tình trạng lúc sinh**

Đẻ thường **1**             Đẻ mổ                Đẻ thiếu tháng **□**        Bị ngạt lúc đẻ **□**

Cân nặng lúc đẻ **3** gr           Chiều dài lúc đẻ: **75** cm

Dị tật bẩm sinh (ghi rõ nếu có): **......**

Vấn đề khác (ghi rõ nếu có): **......**

**2. Yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe cá nhân**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hút thuốc lá, lào | Không **✓** | Có **□** | Hút thường xuyên **□** | Đã bỏ | **□** |
| Uống rượu bia thường xuyên | Không **□** | Có **✓** | Số ly cốc uống/ngày **......** | Đã bỏ | **□** |
| Sử dụng ma túy | Không **✓** | Có **□** | Sử dụng thường xuyên **□** | Đã bỏ | **□** |
| Hoạt động thể lực | Không **□** | Có **✓** | Thường xuyên (tập thể dục, thể thao...) | | **□** |
| Yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp/ Môi trường sống (Hóa chất, bụi, ồn, virút,....) ghi rõ yếu tố tiếp xúc: **......** thời gian tiếp xúc **......**  Loại hố xí của gia đình (xả nước/ hai ngăn/hố xí thùng/ không có hố xí): **xả nước** | | | | | |
| Nguy cơ khác (ghi rõ): **......** | | | | | |

**3. Tiền sử bệnh tật, dị ứng**

***Dị ứng:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Loại** | **Mô tả rõ** |
| Thuốc | **......** |
| Hóa chất/mỹ phẩm | **......** |
| Thực phẩm | **......** |
| Khác | **......** |

***Bệnh tật:***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bệnh tim mạch | **□** | Tăng huyết áp | **□** | Đái tháo đường | **□** | Bệnh dạ dày | **□** |
| Bệnh phổi mạn tính | **□** | Hen suyễn | **□** | Bệnh bướu cổ | **□** | Viêm gan | **□** |
| Tim bẩm sinh | **□** | Tâm thần | **□** | Tự kỷ | **□** | Động kinh | **□** |
| Ung thư (ghi rõ loại ung thư):  **......** | | | | | | | |
| Lao (ghi rõ loại lao):  **......** | | | | | | | |
| Khác (nêu rõ):  **......** | | | | | | | |

**4. Khuyết tật**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bộ phận/ cơ quan** | **Mô tả** |
| Thính lực | **......** |
| Thị lực | **......** |
| Tay | **......** |
| Chân | **......** |
| Cong vẹo cột sống | **......** |
| Khe hở môi, vòm miệng | **......** |
| Khác | **......** |

**5. Tiền sử phẫu thuật** (ghi rõ bộ phận cơ thể đã phẫu thuật và năm phẫu thuật)

**......**

**6. Tiền sử gia đình**

***Dị ứng:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Loại** | **Mô tả rõ** | **Người mắc** (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị, em...) |
| Thuốc | **......** | **......** |
| Hóa chất/ mỹ phẩm | **......** | **......** |
| Thực phẩm | **......** | **......** |
| Khác | **......** | **......** |

***Bệnh tật:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên bệnh** |  | **Người mắc** (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) | **Tên bệnh** |  | **Người mắc** (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) |
| Bệnh tim mạch | **□** | **......** | Hen suyễn | **□** | **......** |
| Tăng huyết áp | **□** | **......** | Đái tháo đường | **□** | **......** |
| Tâm thần | **□** | **......** | Động kinh | **□** | **......** |
| Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ) | | | **......** | | |
| Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ) | | | **......** | | |
| Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ) | | | **......** | | |

**7. Sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình**

Biện pháp tránh thai đang dùng:  **......**

Kỳ có thai cuối cùng:  **......**

Số lần có thai:  **......** Số lần sảy thai:  **......**  Số lần phá thai:  **......**

Số lần sinh đẻ:  **......** Đẻ thường:  **......** Đẻ mổ  **......** Đẻ khó:  **......**

Số lần đẻ đủ tháng:  **......**  Số lần đẻ non:  **......**  Số con hiện sống:  **......**

Bệnh phụ khoa:  **......**

**8. Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):** .........................................................................................

**......**

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

**C. TIÊM CHỦNG**

**1. Tiêm chủng cơ bản cho trẻ em**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Loại vắc xin** | **Chưa chủng ngừa** | **Đã chủng ngừa, ghi rõ ngày** | **Phản ứng sau tiêm** | **Ngày hẹn tiêm** |
| BCG |  |  |  |  |
| VGB sơ sinh |  |  |  |  |
| DPT -VGB-Hib 1 |  |  |  |  |
| DPT -VGB-Hib 2 |  |  |  |  |
| DPT -VGB-Hib 3 |  |  |  |  |
| Bại liệt 1 |  |  |  |  |
| Bại liệt 2 |  |  |  |  |
| Bại liệt 3 |  |  |  |  |
| Sởi 1 |  |  |  |  |
| Sởi 2 |  |  |  |  |
| DPT4 |  |  |  |  |
| VNNB B1 |  |  |  |  |
| VNNB B2 |  |  |  |  |
| VNNB B3 |  |  |  |  |
| Số mũi vắc xin uốn ván mẹ đã tiêm: **......** mũi | | | | |

**2. Tiêm chủng ngoài chương trình TCMR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Loại vắc xin** | **Chưa chủng ngừa** | **Đã chủng ngừa, ghi rõ ngày** | **Phản ứng sau tiêm** | **Ngày hẹn tiêm** |
| Tả 1 |  |  |  |  |
| Tả 2 |  |  |  |  |
| Quai bị 1 |  |  |  |  |
| Quai bị 2 |  |  |  |  |
| Quai bị 3 |  |  |  |  |
| Cúm 1 |  |  |  |  |
| Cúm 2 |  |  |  |  |
| Cúm 3 |  |  |  |  |
| Thương hàn |  |  |  |  |
| HPV 1 |  |  |  |  |
| HPV 2 |  |  |  |  |
| HPV 3 |  |  |  |  |
| Vắc xin phế cầu khuẩn |  |  |  |  |

**3. Tiêm chủng VX uốn ván (phụ nữ có thai)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nội dung** | **UV1** | **UV2** | **UV3** | **UV4** | **UV5** |
| Chưa tiêm |  |  |  |  |  |
| Đã tiêm, ghi rõ ngày |  |  |  |  |  |
| Tháng thai |  |  |  |  |  |
| Phản ứng sau tiêm |  |  |  |  |  |
| Ngày hẹn tiêm |  |  |  |  |  |

**D. KHÁM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

*Ngày khám* **......**

**1. Bệnh sử**

**......**

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

**2. Thăm khám lâm sàng**

**2.1.** Dấu hiệu sinh tồn, chỉ số nhân trắc học

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mạch | Nhiệt độ | HA | Nhịp thở | Cân nặng | Cao | BMI | Vòng bụng |
| **......** | **......** | **......** | **......** | **......** | **......** | **......** | **......** |

**2.2.** Thị lực:

Không kính: Mắt phải: **......** Mắt trái: **......**

Có kính:       Mắt phải: **......** Mắt trái: **......**

**2.3.** Khám lâm sàng

**2.3.1.** Toàn thân

- Da, niêm mạc: **......**

- Khác: **......**

**2.3.2.** Cơ quan

- Tim mạch: **......**

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

- Hô hấp: **......**

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

- Tiêu hóa: **......**

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

- Tiết niệu: **......**

- Cơ xương khớp: **......**

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

- Nội tiết: **......**

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

- Thần kinh: **......**

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

- Tâm thần: **......**

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

- Ngoại khoa: **......**

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

- Sản phụ khoa: **......**

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

- Tai mũi họng: **......**

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

- Răng hàm mặt: **......**

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

- Mắt: **......**

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

- Da liễu: **......**

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

- Dinh dưỡng: **......**

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

- Vận động: **......**

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

- Khác: **......**

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

- Đánh giá phát triển thể chất, tinh thần, vận động: **......**

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

**3. Kết quả cận lâm sàng**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Xét nghiệm** | **Kết quả** |
| 1 | Huyết học | **......** |
| 2 | Sinh hóa máu | **......** |
| 3 | Sinh hóa nước tiểu | **......** |
| 4 | Siêu âm ổ bụng | **......** |

**4. Chẩn đoán/ Kết luận** (ghi tên, mã bệnh theo ICD 10): **......**

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

**5. Tư vấn:** ...........................................................................................................................

**......**

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

**6. Bác sĩ khám: ......**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TRẠM TRƯỞNG TRẠM Y TẾ XÃ……. (Ký tên, đóng dấu)** |