



# PHIẾU NHẬN ĐỊNH BAN ĐẦU SAU ĐẼ, MỔ ĐẼ SẢN PHỤ KHOA DÀNH CHO ĐIỀU DƯỠNG, HỌ SINH KHOA PHỤ SẢN

PID

## 1. Thông tin chung

Dân tộc: .....	Nghề nghiệp: .....
Lập gia đình: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Chưa có <input type="checkbox"/> Khác: .....	
Thời gian nhập viện: .....h....., ...../...../20..	Thời gian đẻ/mổ đẻ: .....h....., ...../...../20..
Tuổi thai khi sinh: ...../tuần	Số lượng thai: .....

## 2. Đánh giá toàn trạng sản phụ

Mạch: .....lần/phút	HA: ...../..... mmHg	SpO2: .....%
Nhịp thở: .....lần/phút	Thân nhiệt: .....°C	
Vận động: <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Cần hỗ trợ	<input type="checkbox"/> Ngồi dậy lần đầu	<input type="checkbox"/> BS chỉ định nằm tại chỗ
Tâm lý: <input type="checkbox"/> Bình Thường <input type="checkbox"/> Lo lắng	<input type="checkbox"/> Buồn vô cớ	<input type="checkbox"/> Trầm cảm
Phương pháp giảm đau: • Màng cứng	• Tĩnh mạch	• Không
Đánh giá đau: VAS: ...../10 điểm	Vị trí đau: .....	
Nguy cơ ngã: • Thấp	• Trung bình	• Cao

## 3. Tiền sử gia đình (đã khai thác trong Phiếu nhận định ban đầu nhập viện)

Có/không: ghi cụ thể: .....

## 4. Tiền sử dị ứng (đã khai thác trong Phiếu nhận định ban đầu nhập viện)

Có/không: ghi cụ thể: .....

## 5. Tiền sử nội khoa (đã khai thác trong Phiếu nhận định ban đầu nhập viện)

Có/không: ghi cụ thể: .....

## 6. Tiền sử sản khoa (đã khai thác trong Phiếu nhận định ban đầu nhập viện)

Có/không: ghi cụ thể: .....

## 7. Tiền sử phụ khoa (đã khai thác trong Phiếu nhận định ban đầu nhập viện)

Có/không: ghi cụ thể: .....

## 8. Tiền sử phẫu thuật (đã khai thác trong Phiếu nhận định ban đầu nhập viện)

Có/không: ghi cụ thể: .....

## 9. Khám niêm mạc mắt

Khám niêm mạc mắt	<input type="checkbox"/> Đồng	<input type="checkbox"/> Hợt nhạt	<input type="checkbox"/> Quát huyết
-------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

## 10. Khám vú

1	Khám vú	<input type="checkbox"/> Mềm mại	<input type="checkbox"/> Căng ở mức bình thường	<input type="checkbox"/> Căng cứng
2	Núm vú	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> khác: .....	
3	Tiết sữa	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	

## 11. Khám chi dưới (phát hiện dấu hiệu bất thường: phù, viêm TM chi dưới, giãn TM chi dưới...)

1	Phù nề	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
2	Giãn tĩnh mạch	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nhiều ven nhỏ ở bắp chân nổi rõ
3	Bụng bắp chân	<input type="checkbox"/> Mềm	<input type="checkbox"/> Ấm <input type="checkbox"/> Lạnh <input type="checkbox"/> Sưng, nóng, đỏ, đau
4	Dấu hiệu Hoffmann	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Ghi chú: Trường hợp phụ khoa thì không áp dụng mục Sản khoa, ghi NA ngay sau các mục lớn

**12. Khám bụng**

<b>1</b>	Bụng	<input type="checkbox"/> Mềm	<input type="checkbox"/> Chướng
	Buồn nôn	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
	Nôn	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>2</b>	Trung tiện	<input type="checkbox"/> Chưa có	<input type="checkbox"/> Đã đánh hơi

**13. Khám tử cung (khám sự co hồi tử cung lấy mốc đo từ hõm rốn và đo bằng ngón tay)**

<b>1</b>	Mức độ co hồi TC	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Trên 2 ngón tay	<input type="checkbox"/> Trên 1 ngón tay	<input type="checkbox"/> Sát hõm rốn	<input type="checkbox"/> Dưới 1 ngón tay
		<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Dưới 2 ngón tay	<input type="checkbox"/> Dưới 3 ngón tay	<input type="checkbox"/> Dưới 4 ngón tay	
<b>2</b>	Trạng thái/Tính chất	<input type="checkbox"/> Cứng	<input type="checkbox"/> Mềm			
<b>3</b>	Đau	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không			

**14. Khám vết mổ**

<b>1</b>	Bảng vết mổ	<input type="checkbox"/> Khô	<input type="checkbox"/> Thấm dịch	<input type="checkbox"/> Mô tả.....
<b>2</b>	Màu sắc dịch thấm băng	<input type="checkbox"/> Đỏ tươi	<input type="checkbox"/> Đỏ sẫm	<input type="checkbox"/> Khác.....

**15. Dẫn lưu**

1	Dẫn lưu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
2	Số lượng	.....ml.	
3	Màu sắc	<input type="checkbox"/> Đỏ tươi	<input type="checkbox"/> Đỏ sẫm <input type="checkbox"/> Khác.....

**16. Khám vùng âm đạo/âm hộ/tàng sinh môn/hậu môn**

<b>1</b>	Trạng thái BT	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
<b>2</b>	Phù nề	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Mô tả.....
<b>3</b>	Vết bầm tím	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Mô tả.....
<b>4</b>	Khối máu tụ	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Mô tả.....
<b>5</b>	Viêm tấy	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Mô tả.....
<b>6</b>	Áp xe	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Mô tả.....
<b>7</b>	Toác (nhiễm trùng)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Mô tả.....
<b>8</b>	Đau	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Mô tả.....
<b>9</b>	Trĩ	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Đau <input type="checkbox"/> Không đau
<b>10</b>	Sonde tiểu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Nước tiểu:.....

**17. Khám sản dịch (lượng máu mất qua âm đạo)**

<b>1</b>	Số lượng	<input type="checkbox"/> Số lượng BT	<input type="checkbox"/> Chảy máu	<input type="checkbox"/> Có máu cục
<b>2</b>	Mùi	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Mùi hôi	
<b>3</b>	Màu sắc	<input type="checkbox"/> Đỏ tươi	<input type="checkbox"/> Đỏ sẫm	<input type="checkbox"/> Hồng nhạt

**18. Vệ sinh thân thể - Chế độ ăn uống**

1	Vệ sinh cơ thể	<input type="checkbox"/> Tắm	<input type="checkbox"/> Vệ sinh vùng hậu môn – âm hộ	<input type="checkbox"/> Hỗ trợ vệ sinh	
2	Chế độ ăn	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Ăn kiêng	<input type="checkbox"/> Thức ăn lỏng	<input type="checkbox"/> Giàu chất xơ
		<input type="checkbox"/> Chế độ bệnh lý:.....			

**Các vấn đề cần theo dõi & chăm sóc/Chẩn đoán điều dưỡng**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Điều dưỡng/Hộ sinh:.....Ngày/giờ:.....

Ghi chú: Trường hợp phụ khoa thì không áp dụng mục Sản khoa, ghi NA ngay sau các mục lớn