

**PHIẾU NHẬN ĐỊNH BAN ĐẦU NGƯỜI BỆNH NHẬP VIỆN
TRƯỚC MỔ SẢN PHỤ KHOA CÓ KẾ HOẠCH – DÀNH CHO
ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH**

PID

.....

1. Thông tin chung

Dân tộc: Nghề nghiệp:

Lập gia đình: ☐ Có ☐ Chưa có ☐ Khác:

Thời gian nhập viện:h.....,/...../20...

Lý do vào viện:

Chẩn đoán:

2. Đánh giá toàn trạng

Chiều cao:cm Cân nặng:kg

Mạch:lần/phút HA:/..... mmHg

Nhịp thở:lần/phút Thân nhiệt:°C

Da và niêm mạc: ☐ Hồng ☐ Nhợt ☐ Xuất huyết

Vận động: ☐ Bình thường ☐ Cần hỗ trợ

Tâm lý: ☐ Bình tĩnh ☐ Lo lắng ☐ Mệt mỏi ☐ Trầm cảm ☐ Không hợp tác

Đánh giá đau: VAS...../10 điểm Vị trí đau:

Nguy cơ ngã: ☐ Thấp ☐ Trung bình ☐ Cao

3. Tiền sử gia đình

Bố: Mẹ:

Khác:

4. Tiền sử dị ứng

TT	Khai thác tiền sử dị ứng	Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng	Có (số lần)	Không	Biểu hiện, xử trí
1	Loại thuốc, dị nguyên gây dị ứng				
2	Côn trùng gây dị ứng				
3	Thực phẩm gây dị ứng				
4	Phấn hoa, mỹ phẩm				
5	Viêm mũi dị ứng, hen phế quản				
6	Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng: Bố, mẹ, anh chị em ruột, con				

5. Tiền sử nội khoa

☐ Cao huyết áp ☐ Tim mạch ☐ Tiểu đường ☐ Hen ☐ Khác:

6. Tiền sử sản khoa

☐ PARA..... ☐ Nạo, hút thai ☐ Thai ngoài tử cung ☐ Khác:

7. Tiền sử phụ khoa

Điều trị vô sinh: ☐ Có ☐ Không

Sàng lọc ung thư CTC: ☐ Có ☐ Không

Ghi cụ thể:

Nhiễm trùng sinh dục: ☐ Có ☐ Không

Chụp tuyến vú/Khối u: ☐ Có ☐ Không

Ghi cụ thể:

8. Tiền sử phẫu thuật

Phẫu thuật: ☐ Có ☐ Không

Phản ứng gây mê/gây tê: ☐ Có ☐ Không

Truyền máu: ☐ Có ☐ Không

Nhóm máu:

Loại phẫu thuật:

Mô tả phản ứng:

Phản ứng truyền máu:

9. Đánh giá về chuẩn bị tiêu hóa và dinh dưỡng trước mổ tại nhà

Ngày trước phẫu thuật	Tối	Ăn uống bình thường	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		Tắm toàn thân bằng dung dịch có chứa Chlohexidine 4%, tắm kỹ vùng mổ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Buổi Sáng	Nhịn ăn hoàn toàn 6 giờ trước phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		Nhịn uống 6 giờ trước phẫu thuật (nếu khát nhấp môi với nước lọc)	<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

Kỳ kinh cuối:	Vòng kinh:.....
Dự sinh theo KCC:.....	Tự nhiên <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/>
Dự sinh theo siêu âm:.....	
Các bệnh lý trong quá trình mang thai lần này:.....	
Các thuốc đang dùng:.....	

Xét nghiệm miễn dịch:		
Giang mai	<input type="checkbox"/> Âm tính	<input type="checkbox"/> Dương tính
HBsAg	<input type="checkbox"/> Âm tính	<input type="checkbox"/> Dương tính
HIV	<input type="checkbox"/> Âm tính	<input type="checkbox"/> Dương tính

Núm vú	<input type="checkbox"/> Tụt <input type="checkbox"/> Bình thường	Sữa non: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Chưa có
Cao TCcm	
Vết mổ đẻ cũ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Đau <input type="checkbox"/> Không đau
Tim thai	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nhịp tim thai cơ bản:lần/phút	CCTC: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Chưa có tần số:.....lần/10 phút

Âm hộ, tăng sinh môn	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Phù nề	<input type="checkbox"/> Giãn tĩnh mạch	<input type="checkbox"/> Khác.....		
Âm đạo	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Viêm	<input type="checkbox"/> Khác			
Cổ tử cung	Độ mở:.....	<input type="checkbox"/> Mềm	<input type="checkbox"/> Chắc	<input type="checkbox"/> Khác.....		
	Tư thế:	<input type="checkbox"/> Ngả trước	<input type="checkbox"/> Ngả sau	<input type="checkbox"/> Trung gian		
Ngôi	<input type="checkbox"/> Đầu	<input type="checkbox"/> Mông	<input type="checkbox"/> Ngang			
Ói	<input type="checkbox"/> Ri ối	<input type="checkbox"/> Vỡ ối	<input type="checkbox"/> Ói dẹt	<input type="checkbox"/> Ói phồng	<input type="checkbox"/> Ói quả lê	<input type="checkbox"/> Khác.....
	<input type="checkbox"/> Ói trong	<input type="checkbox"/> Ói xanh	<input type="checkbox"/> Ói lẫn máu	<input type="checkbox"/> Mùi hôi	<input type="checkbox"/> Khác.....	
Khung chậu	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Hẹp	<input type="checkbox"/> Giới hạn	<input type="checkbox"/> Khác.....		
Trĩ	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không				

Phù nề	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Giãn tĩnh mạch	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Nhiều ven nhỏ ở bắp chân nổi rõ

Khả năng tiểu tiện	<input type="checkbox"/> Bình thường	<input type="checkbox"/> Tiểu buốt	<input type="checkbox"/> Tiểu dắt	<input type="checkbox"/> Khác:.....
--------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Vệ sinh cá nhân	<input type="checkbox"/> Độc lập	<input type="checkbox"/> Hỗ trợ một phần	<input type="checkbox"/> Hỗ trợ hoàn toàn
Hút thuốc lá	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Tần suất/...../ngày
Uống rượu	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Tần suất/...../ngày
Chất kích thích khác	Ghi cụ thể :		

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