

# 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:..... Tuổi .....  
 2. Ngày sinh .....  
 3. Giới:  Nam  Nữ .....  
 4. Nghề nghiệp:.....  
 5. Dân tộc:.....  
 6. Ngoại kiều:.....  
 7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố ..... Xã, phường .....  
 Huyện (Quận, thị xã) ..... Tỉnh (thành phố) .....  
 8. Nơi làm việc:..... 9. Đói tượng: 1.BHYT  2.Thu phí  3.Miễn  4.Khác   
 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...../...../.....  16. Chuyển khoa <input type="checkbox"/> .....Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> .....Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> .....Giờ.....phút...../...../.....	Khoa ng / th / năm Số ngày ĐT 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## III. CHẨN ĐOÁN

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"/> <input type="checkbox"/>	
24. Tổng số lần phẫu thuật: ..... <input type="checkbox"/>	

## III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khoi <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.Nghỉ ngò <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 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 VÀO VIỆN: .....ngày thứ .....của bệnh

## II. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý.....  
.....  
.....

## 2. Tiền sử:

Bản 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
<b>1. Mi mắt</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Phù nè <input type="checkbox"/> Phản ứng thể mi <input type="checkbox"/>  Bệnh lý khác:..... .....	<b>1. Mi mắt</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Phù nè <input type="checkbox"/> Phản ứng thể mi <input type="checkbox"/>  Bệnh lý khác:..... .....
<b>2. Kết mạc</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ nóng <input type="checkbox"/> Cương tụ sâu <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> .....Sẹo KM <input type="checkbox"/> .....  Bệnh lý khác:.....	<b>2. Kết mạc</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ nóng <input type="checkbox"/> Cương tụ sâu <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> .....Sẹo KM <input type="checkbox"/> .....  Bệnh lý khác:.....
<b>3. Giác mạc</b> - Trong <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> - Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa mờ cùu <input type="checkbox"/> Tủa sắc tố <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> Vị trí tủa: ..... - Sẹo GM <input type="checkbox"/>  Bệnh lý khác: .....	<b>3. Giác mạc</b> - Trong <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> - Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa mờ cùu <input type="checkbox"/> Tủa sắc tố <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> Vị trí tủa: ..... - Sẹo GM <input type="checkbox"/>  Bệnh lý khác: .....
<b>4. Cung mạc</b> - Bình thường <input type="checkbox"/> Sẹo CM <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác: .....	<b>4. Cung mạc</b> - Bình thường <input type="checkbox"/> Sẹo CM <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác: .....
<b>5. Tiền phòng</b> Sâu sạch <input type="checkbox"/> Xếp tiền phòng <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Độ.....	<b>5. Tiền phòng</b> Sâu sạch <input type="checkbox"/> Xếp tiền phòng <input type="checkbox"/> Xuất huyết tiền phòng <input type="checkbox"/> Độ.....

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
Tổn thương khác:.....	Tổn thương khác:.....
<b>6. Móng mắt:</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/> Tân mạch móng mắt <input type="checkbox"/> .....Hạt Koeppi <input type="checkbox"/> ..... Hạt Busaca <input type="checkbox"/> .....	<b>6. Móng mắt:</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/> Tân mạch móng mắt <input type="checkbox"/> .....Hạt Koeppi <input type="checkbox"/> ..... Hạt Busaca <input type="checkbox"/> .....
<b>Đồng tử:</b> Ánh đồng tử..... Kích thước .....mm. Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí..... PXDT: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác: .....	<b>Đồng tử:</b> Ánh đồng tử..... Kích thước .....mm. Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí..... PXDT: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác: .....
<b>7. Thể thủy tinh:</b> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục võ T3 <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"/> Tổn thương khác: .....	<b>7. Thể thủy tinh:</b> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục võ T3 <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"/> Tổn thương khác: .....
<b>8. Dịch kính:</b> Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ..... Viêm mủ <input type="checkbox"/> .....	<b>8. Dịch kính:</b> Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ..... Viêm mủ <input type="checkbox"/> .....
Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tô chúc hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....	Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tô chúc hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....
<b>9. Võng mạc:</b> Hệ mạch: Bình thường <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"/> phù <input type="checkbox"/> thiểu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <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"/> 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"/> Hoàng điểm: Bình thường <input type="checkbox"/> Mắt ánh HĐ <input type="checkbox"/> Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/> Lỗ: Độ..... lỗ lớp <input type="checkbox"/> giả lỗ <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"/> Hình thái thoái hóa: .....	<b>9. Võng mạc:</b> Hệ mạch: Bình thường <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"/> phù <input type="checkbox"/> thiểu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <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"/> 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"/> Hoàng điểm: Bình thường <input type="checkbox"/> Mắt ánh HĐ <input type="checkbox"/> Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> TỎA LAN <input type="checkbox"/> Lỗ: Độ..... lỗ lớp <input type="checkbox"/> giả lỗ <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"/> Hình thái thoái hóa: .....

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 võng mạc <input type="checkbox"/> Mức độ:.....	Bong võng mạc <input type="checkbox"/> Mức độ:.....
Rách võng mạc <input type="checkbox"/> Số lượng .....	Rách võng 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 .....
<b>9. Hốc mắt:</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....	<b>9. Hốc mắt:</b> 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: .....

.....

.....

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

