

# BỆNH ÁN MẮT

## (Lác, sụp mi)

MS: 25/BV-01

Số lưu trữ:.....  
Mã YT..... /210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

### I. HÀNH CHÍNH

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. Họ và tên:.....  | 2. Ngày sinh ...../...../.....   | Tuổi<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | 4. Nghề nghiệp .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>         |
| Dân tộc:.....   | 6. Ngoại kiều .....  | <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố ..... Xã, phường .....         |  |   |
| Huyện (Quận, thị xã) .....  | Tỉnh (thành phố) .....   | <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 8. Nơi làm việc: .....  | 9. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> |   |
| 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 ..... / ..... / .....	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"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	
15. Vào khoa <input type="text"/> .....Giờ.....phút...../...../.....  Khoa	17. Chuyển viện:1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến .....
16. Chuyển khoa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....Giờ.....phút...../...../..... .....Giờ.....phút...../...../..... .....Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../ 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Dưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị: .....

### III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... .....	25. Ra viện + Bệnh chính: ( <i>tổn thương</i> ) ..... (nguyên nhân).....
21. KKB, Cấp cứu..... .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... .....	+ Bệnh kèm theo..... .....
- 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 trước phẫu thuật..... .....
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: .....	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... .....
24. Tổng số lần phẫu thuật: .....	

### III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khoi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <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. Nghi ngờ <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..... .....
	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: .....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên .....

Họ và tên .....

# A. BỆNH ÁN

- I. Lý do vào viện** Lác  Sụp mi  Khác
- II. Hỏi bệnh**
- 1. Quá trình bệnh lý**
- Nguyên nhân : Bẩm sinh 
    - Mắc phải  Từ bao giờ.....
  - Triệu chứng chính : Lác trong  Lác ngoài  Lác chéo 
    - Sụp mi  Rung giật nhăn cầu  Khác  .....
  - Đã điều trị: Tập nhược thị  Phương pháp .....  
    - Kết quả: Tốt  Trung bình  Kém
    - Phẫu thuật  Phương pháp .....
    - Kết quả: Tốt  Mổ non  ..... Mổ già  .....

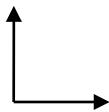
## 2. Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường  Bệnh lý  .....
- Gia đình: Không  Có  .....

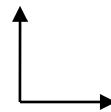
## III. Khám bệnh

### 1. Bệnh chuyên khoa:

- Thị lực vào viện: Không kính: MP: ..... MT.....  
  - Có kính: MP.....MT.....
- Khúc xạ máy : Trước Atropine : MP.....MT.....  
  - Sau Atropine: MP.....MT.....
- Soi bóng đồng tử :  
  - Sau Atropine:



MP

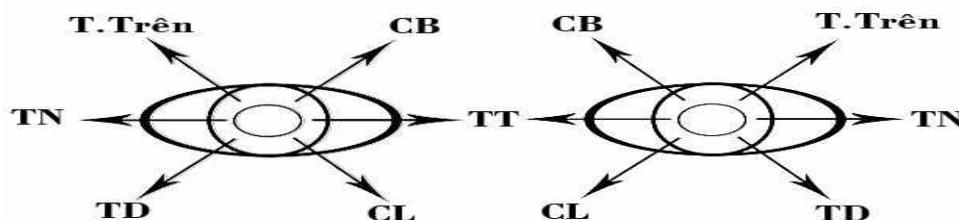


MT

- Vận nhăn ngoại lai:

Gia tăng (+) (++) (+++)

Hạn chế (-) (--) (---)



- Vận nhăn nội tại: MP Bình thường  Bệnh lý  .....
- MT Bình thường  Bệnh lý  .....
- Điểm cận qui tụ: Bình thường 6- 8 cm      Bệnh lý.....
- Rung giật nhăn cầu : Không  Có  .....
- Kiểu RGNC.....

Góc hâm: Không  Có

- Thủ nghiệm che mắt: Trả trong ra  Trả ngoài vào  Trả chéo

- Hình thái và tính chất lác:

- Độ lác: Hirschberg: Trước atropine..... Sau atropine.....

Lăng kính: Trước atropine..... Sau atropine.....

Nhin gần:..... Nhìn xa.....

Nhin lên..... Nhìn xuống.....

- Hội chứng: .....

- Synoptophore : Khách quan..... Chủ quan.....

- Tình trạng thị giác hai mắt: Đồng thị  Hợp thị  Phù thị  .....

Biên độ hợp thị:.....

- Tương ứng võng mạc: Bình thường  Bất bình thường

- Song thị : Không  Có  .....

- Tư thế bù trừ : Không  Có  .....

Khám mắt	Mắt phải	Mắt trái
<b>1. Mi mắt</b> - Sụp mi: mức độ - Epicanthus - Chức năng cơ nâng mi - Marcus gunn - Dấu hiệu Bell - Khác	✓ Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý ✓ Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 ✓ Có <input type="checkbox"/> Không ✓ Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém ✓ Có <input type="checkbox"/> Không ✓ Có <input type="checkbox"/> Không .....	✓ Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý ✓ Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 ✓ Có <input type="checkbox"/> Không ✓ Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém ✓ Có <input type="checkbox"/> Không ✓ Có <input type="checkbox"/> Không .....
<b>2. Kết mạc</b>	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý .....	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý .....
<b>3. Phần trước nhãn cầu</b>	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý .....	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý .....
<b>4. Phần sau nhãn cầu và đáy mắt</b>  Định thị	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý .....	✓ Bình thường ✓ Bệnh lý .....
	✓ Trung tâm <input type="checkbox"/> Cạnh tâm ✓ Ngoại tâm	✓ Trung tâm <input type="checkbox"/> Cạnh tâm ✓ Ngoại tâm

## 2. Toàn thân:

- Huyết áp..... Nhiệt độ..... Mạch.....

- Nội tiết: Bình thường

Có bệnh  .....

- Tâm thần, thần kinh Bình thường

Có bệnh  .....

- Tuần hoàn: Bình thường

Có bệnh  .....

- Hô hấp: Bình thường   
Có bệnh  .....
  - Tiêu hoá: Bình thường   
Có bệnh  .....
  - Cơ, xương, khớp: Bình thường   
Có bệnh  .....
  - Tiết niệu, sinh dục: Bình thường   
Có bệnh  .....
  - Khác:.....

#### **IV. Các xét nghiệm cần làm: .....**

## V. Chẩn đoán

- Bệnh chính.....Mã.....  
-Bệnh kèm theo.....Mã.....  
-Phân biệt.....

## VI. Điều trị

- Phương pháp chính: .....
  - Chế độ ăn uống.....
  - Chế độ chăm sóc.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ làm bệnh án

Ho 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: - 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: .....

.....

.....

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

