

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên(In hoa):.....

2. Sinh ngày: Tuổi

3. Nghề nghiệp:

4. Dân tộc:

5. Ngoại kiều:

6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố.....

7. Nơi làm việc: 8. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác

9. BHYT giá trị đến ngàytháng..... năm.....Số thẻ BHYT

10. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
Điện thoại số.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

11. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....
12. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu 2.KKB 3.Khoa điều trị

13.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế 2.Tự đến 3.Khác
- Vào viện do bệnh này lần thứ

14. Vào khoa Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr
Giờ.....phút...../...../.....

16. Chuyển viện: 1.Tuyến trên 2.Tuyến dưới 3.CK
- Chuyển đến

15. Chuyển Khoa Giờ.....phút...../...../.....
Giờ.....phút...../...../.....

17. Ra viện: giờ ngày/...../.....
1. Ra viện 2. Xin về 3. Bỏ về 4.Đưa về

18. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

19. Nơi chuyển đến:
20. KKB, Cấp cứu:
21. Lúc vào đẻ:.....
22. Ngày đẻ (mổ đẻ):.....
23. Ngôi thai:.....
24. Cách thức đẻ:.....
- Kiểm soát tử cung:
- Tai biến - Biến chứng:
1.Do phẫu thuật 2.Do gây mê 3.Do nhiễm khuẩn 4.Khác

25. Tình hình phẫu thuật: 1. Cấp cứu 2.Chủ động
+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:
+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:
+ Phương pháp phẫu thuật:
26. Trẻ sơ sinh: 1. Đơn thai 2. Đa thai
3. Trai 4. Gái a -Sống b-Chết
5. Dị tật:
6. Cân nặng.....gram

27. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:

28. Tổng số lần phẫu thuật:

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

29. Kết quả điều trị
1. Khỏi 4. Nặng hơn
2. Đỡ, giảm 5. Chuyển viện
3. Không thay đổi 6. Tử vong
30. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):
1. Lành tính 2.Nghi ngờ 3.Ác tÝnh

31. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm
1. Do bệnh 2.Do tai biến điều trị 3. Khác
1. Trong 24 giờ vào viện 2.Ngoài 24 giờ vào viện

32. Nguyên nhân chính tử vong:
33. Khám nghiệm tử thi: 34. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:.....

Họ và tên

Họ và tên

BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ.....của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình kỳ thai này: *kinh cuối cùng từ ngày/...../..... đến ngày/...../..... - Tuổi thai:*
.....tuần

- Khám thai tại:

- Tiêm phòng uốn ván ☐ Được tiêm.....lần

- Bắt đầu chuyển dạ từ giờ phút ngày/...../.....

- Dấu hiệu lúc đầu:

- Biến chuyển:

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: *(những bệnh đã mắc, dị ứng, thói quen ăn uống, sinh hoạt, khác)*

.....

.....

+ Gia đình:

.....

3. Tiền sử phụ khoa:

- Bắt đầu thấy kinh năm: Tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt:..... - Chu kỳ: ngày - Lượng kinh:

- Lấy chồng năm:..... tuổi

- Những bệnh phụ khoa đã điều trị:

4. Tiền sử sản khoa

Số lần có thai	Năm	Đẻ đủ tháng	Đẻ thiếu tháng	Sảy	Hút	Nạo	Co-vac	Chửa ngoài TC	Chửa trứng	Thai chết lưu	Con hiện sống	Cân nặng	Phương pháp đẻ	Tai biến
1														
2														
3														
4														
5														
6														

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

- Toàn trạng: ☐ Phù

- Tuần hoàn:

.....

- Hô hấp:

.....

- Tiêu hoá.....

Mạch.....lần/ph

Nhiệt độ.....⁰C

Huyết áp/.....mmHg

Nhịp thở.....lần/ph

Chiều cao.....cm

Cân nặng.....Kg

-
- Tiết niệu:
- Các bộ phận khác:
-

2. Khám ngoài:

- Bụng có sẹo phẫu thuật cũ ☐
- Chiều cao TC:..... cm, vòng bụng: cm
- Tim thai: lần/ phút
- Hình dạng TC: Tư thế:
- Cơ co TC:
- Vú:

3. Khám trong:

- Chỉ số Bishop

..... Điểm

- Âm hộ: - Âm đạo:
- Cổ tử cung: - Phần phụ:
- Ối vỡ lúc: giờ phút ngày/...../.....
- Màu sắc nước ối:.....
- Ngôi: - Thê:
- Độ lọt: 1.Cao ☐ 2.Chức ☐ 3. Chặt ☐ 4.Lọt ☐
- Tầng sinh môn:
- Tình trạng ối: 1.Ối phồng ☐ 2.Ối dẹt ☐ 3.Ối quả lê ☐
- Ối vỡ: 1. Tự nhiên ☐ 2. Bấm ối ☐
- Nước ối nhiều hay ít:
- Kiểu thê:
- Đường kính nhô hạ vệ:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....

.....

5. Chẩn đoán:

- Khi vào khoa:
- Phân biệt:
-
-

6. Tiên lượng:

.....

.....

7. Hướng điều trị:

- Phương pháp chính:
-
-

Ngày.....tháng.....năm.....
Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

IV. Theo dõi tại buồng đẻ:

- Vào buồng đẻ lúc: giờ phút ngày/...../.....
- Tên người theo dõi: Chức danh:

1. Đặc điểm trẻ sơ sinh:

- Đẻ lúc: giờ ngày/...../..... - Apgar: 1 phút: điểm 5 phút:..... điểm 10 phút:.....điểm
- Cân nặng:gram Cao:cm, Vòng đầu:.....cm ☐ ☐ ☐
- Con: - Đơn thai 1.Trai ☐ 2.Gái ☐ - Đa thai: 1. Trai ☐ 2. Gái ☐ - Tật bẩm sinh: - Có hậu môn
Cụ thể tật bẩm sinh:
- Tình trạng trẻ sơ sinh sau khi đẻ:
- Xử lý và kết quả:

2. Đặc điểm sổ rau: Rau: 1. Bóc ☐ 2. Sổ ☐

- Rau sổ lúc: giờ phút ngày/...../..... - Cách sổ rau:
- Mặt màng: - Mặt máu:
- Bánh rau: - Cân nặng:gram - Rau cuộn cổ: ☐
- Cuống rau dài: Cm Có chảy máu sau sổ ☐ Nếu có, lượng máu mất:.....ml
- Kiểm soát tử cung: ☐
- Xử lý và kết quả:

3. Tình trạng sản phụ sau đẻ: - Da, niêm mạc:

- Phương pháp đẻ: 1. đẻ thường ☐ 2. forceps ☐ 3. giác hút ☐ 4. P ☐ 5. đẻ chỉ huy ☐ 6. khác ☐
- Lý do can thiệp:
- Tầng sinh môn: 1. Không rách ☐ 2. Rách ☐ 3. Cắt ☐

Mạch.....lần/ph
Nhiệt độ..... ⁰ C
Huyết áp/..mmHg
Nhịp thở.....lần/ph

Nếu có, phương pháp khâu và loại chỉ: Số mũi khâu:

- Cổ tử cung: 1. Không rách ☐ 2. Rách ☐

4. Tình hình phẫu thuật (nếu có):

- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Chẩn đoán sau phẫu thuật:

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Phẫu thuật viên	Bác sỹ gây mê

1. Tai biến PT ☐ 2. Biến chứng ☐ 1. Do PT ☐ 2. Do gây mê ☐ 3. Do nhiễm khuẩn ☐ 4. Khác ☐

5. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang			
- CT Scanner			

- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
- Khác.....			

- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên.....
-----------------	--	-------------	-------------