

MS: 27/BV1

Bộ Y tế/Sở Y tế:

Bệnh viện/Trung tâm:

Khoa:

Buồng Giường

**BỆNH ÁN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**Nội trú ☐Nội trú ban ngày ☐

Số vào viện:

Số lưu trữ:

Mã NB:

Mã YT:

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa): 2. Sinh ngày: Tuổi:
 3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☐ 4. Nghề nghiệp:
 5. Dân tộc: 6. Ngoại kiều:
 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
 Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
 8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1. BHYT ☐ Thu phí ☐ Miễn ☐ Khác ☐
 10. BHYT giá trị sử dụng từ ngày tháng năm Số thẻ BHYT
 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
 Điện thoại số:

* Giấy CN khuyết tật: a) Không có ☐ b) Có ☐ (Dạng khuyết tật:; Mức độ KT:)

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ ph ngày / / 13. Tiếp 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 <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa: Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr Giờ phút / / 16. Chuyển: Khoa Giờ phút / / Giờ phút / / Giờ phút / /	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:

III. CHẨN ĐOÁN**MÃ****MÃ**

20. Nơi chuyển đến: 21. KKB, Cấp cứu: 22. Khi vào khoa điều trị: + Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	23. Ra viện: + Bệnh chính: + Bệnh kèm theo: + Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>
--	--

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị: 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Năng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 25. 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"/>	26. Tình hình tử vong: giờ ph 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. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 27. Nguyên nhân chính tử vong: 28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
---	--

Ngày tháng năm
Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến trước ...)

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh (chú ý các yếu tố bệnh lý liên quan đến khuyết tật nếu có):

+ Dị ứng:

+ Bản thân.....

.....

+ Gia đình.....

.....

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân (ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mạch:.....lần/ph

Nhiệt độ °C

Huyết áp:...../.....mmHg

Nhịp thở.....lần/ph

Cân nặng..... kg

Chiều cao..... cm

Chỉ số BMI.....

2. Tình trạng đau (Mô tả vị trí, tính chất, mức độ...)

.....

.....

.....

.....

3. Các cơ quan

3.1. Tâm thần, thần kinh: (Tri giác; vận động; cảm giác; phản xạ gân xương, phản xạ da, phản xạ bệnh lý; trương lực cơ; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợp; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2. Cơ xương khớp, cột sống (hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp; thử cơ bằng tay....)

.....

.....

.....

.....

.....

3.3. Các chuyên khoa khác (*tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tiết niệu, sinh dục...*)

.....

.....

.....

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG

.....

.....

.....

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

.....

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

- + Bệnh, tật chính:
- + Bệnh, tật kèm theo (nếu có):
- + Phân biệt:

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Những khó khăn chính trong hoạt động chức năng của người bệnh:

.....

.....

.....

.....

2. Mục tiêu điều trị PHCN (*mục tiêu cụ thể, đo lường được, thực tế, có thể đạt được và có thời gian hoàn thành*)

.....

3. Chương trình can thiệp PHCN: (*những bài tập, kỹ thuật, điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN ...nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra*)

.....

.....
.....
.....

4. Điều trị các bệnh lý kèm theo và chế độ chăm sóc người bệnh:

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

.....
.....
.....
.....
.....

3. Phương pháp điều trị và PHCN

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

Vận động và di chuyển:

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

Nhận thức:

Các chức năng khác:

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội

..... Yếu

tổ môi trường và cá nhân

.....

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN..... nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

.....

.....

.....

.....

.....

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

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỠNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại....)

.....
.....
.....
.....

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện - tiểu tiện.)

.....
.....
.....
.....

1.3. Nhận thức, giao tiếp (định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)

.....
.....
.....
.....

1.4. Các chức năng khác (rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan...)

.....
.....
.....
.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội)

.....
.....
.....
.....

3. Yếu tố môi trường (Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)

.....
.....
.....
.....

4. Yếu tố cá nhân (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...)

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
 Bệnh viện.....
 Khoa/Trung tâm:
 PhòngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Bùồng:.....Giường:.....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN)

..... 2.

Chẩn đoán:

.....

.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...)

[illegible]

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ
(Ký và ghi rõ họ tên)

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Số vào viện

BuồngGiường.....

- Chẩn đoán:

[illegible]