

**I. HÀNH CHÍNH:**

1. Họ và tên (In hoa):.....

2. Sinh ngày:

3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☐

4. Nghề nghiệp: .....

5. Dân tộc: .....

6. Ngoại kiều: .....

7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố..... Xã, phường.....

8. Nơi làm việc: .....

9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐

10. BHYT giá trị đến ngày .....tháng..... năm..... Số thẻ BHYT

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

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

12. Vào viện: ..... giờ.....ph ngày...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <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"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> ng / th / năm <input type="text"/> <input type="text"/> Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> .....Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến .....
Khoa <input type="text"/> .....Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: ..... giờ ..... ngày ...../...../.....
.....Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**III. CHẨN ĐOÁN**

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

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: ..... giờ.....ph ngày..... tháng ..... năm .....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <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"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	

Giám đốc bệnh viện

Ngày ..... tháng ..... năm .....  
Trưởng khoa

## A- BỆNH ÁN

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

## II. Hỏi bệnh:

**1. Quá trình bệnh lý:** (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v..).

---

---

---

---

---

## 2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv...)

.....

.....

.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu			Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu			Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng			(dị nguyên)	04	- Thuốc lá			
02	- Ma túy				05	- Thuốc Lào			
03	- Rượu bia				06	- Khác			

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v..).

.....

### III-Khám bệnh:

**I. Toàn thân:** (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v )

.....	Mạch.....lần/ph
.....	Nhiệt độ..... <sup>0</sup> C
.....	Huyết áp...../.....mmHg
.....	Nhịp thở.....lần/ph
.....	Cân nặng.....kg

## 2. Bệnh ngoại khoa:

[illegible]

**3. Các cơ quan:**

- + Tuần hoàn: .....
- + Hô hấp: .....
- + Tiêu hoá: .....
- + Thận- Tiết niệu- Sinh dục: .....
- + Thần Kinh: .....
- + Cơ- Xương- Khớp: .....
- + Tai- Mũi- Họng: .....
- + Răng- Hàm- Mặt: .....
- + Mắt: .....
- + Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác: .....

**4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm: .....**

**5. Tóm tắt bệnh án: .....**

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng: .....

VI. Hướng điều trị: .....

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 kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

3. Phương pháp điều trị: .....

- Phẫu thuật

- Thủ thuật

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện: .....

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

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 .....	

