

Sở Y tế:

MS: 11/BV-01

Bệnh viện:

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

Mã YT/...../...../.....

BỆNH ÁN BỎNG**I. HÀNH CHÍNH:**

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx) 8. Nơi làm việc:	Xã, phường Tỉnh, thành phố	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. BHYT giá trị đến ngày tháng năm 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	9. Đôi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Điện thoại số:		

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

Thời gian bị bỏng: giờ ngày tháng năm

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"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <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"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đên
Khoa / th / năm 15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="checkbox"/>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.Đưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

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

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (<i>khi có sinh thiết</i>): 1.Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	28. 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.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:

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

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

II. Hỏi bệnh:

I. Quá trình bệnh lý: (*hoàn cảnh, thời gian bị bệnh, diễn biến, xử lý điều trị của tuyến dưới v.v..*).

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:

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 tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình:

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

Mạch lần/ph
Nhiệt độ °C
Huyết áp / mmHg
Nhịp thở lần/ph
Cân nặng kg

2. Tổn thương榜 (khám tại chỗ):

3. Các cơ quan:

- + Thần kinh:
-
-
- + Tuần hoàn:
-
-
- + Hô hấp:
-
-
- + Tiêu hóa:
-
-
- + Cơ- Xương- Khớp:
-
-
- + Tiết niệu:
-
-
- + Sinh dục:
-
-
- + 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. Tiêu 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			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên