

# BỆNH ÁN MẮT

(Mắt trẻ em)

MS: 26/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/200/.....

Khoa:.....Giường:.....

## I. HÀNH CHÍNH

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. Họ và tên:.....  | 2. Ngày sinh   | Tuổi  |
| 1. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ |  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Dân tộc:.....   | 4. Nghề nghiệp:.....   | <input type="checkbox"/> 5.   |
| 7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố .....                          | X, phường .....  | <input type="checkbox"/>  |
| Huyện (Quận, thị xã) .....  | Tỉnh (thành phố).....  | <input type="checkbox"/>  |
| 8. Nơi làm việc: .....  | 9. Đôi 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"/>	
Khoa  15. Vào khoa <input type="checkbox"/> .....Giờ.....phút...../...../.....  16. Chuyển khoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .....Giờ.....phút...../...../.....  .....Giờ.....phút...../...../.....	ng / th / năm Số ngày ĐT  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. Dua về <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

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

## III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 2. Đở, giảm <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..... ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: ..... ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên .....

Họ và tên .....

**A. BỆNH ÁN****I. Lý do vào viện:** .....

- Nguyên nhân: Bầm sinh  Mắc phái  Từ bao giờ.....
  - Triệu chứng chính: Nhìn mờ  Đau nhức  Đổ mắt  chói mắt
  - Đã điều trị: Nội khoa  Phẫu thuật
- 1. Tiền sử bệnh**
- Bản thân: Bình thường  Bệnh lý  .....
  - Gia đình: Không  Có  .....
  - Tiền sử thai nghén bệnh lý: Không  Có  .....
  - Phát triển trí tuệ: Bình thường  Bệnh lý  .....

**III. Khám bệnh****1. Bệnh chuyên khoa**

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Vận nhãn ngoại lai: MP    Bình thường     Bệnh lý  .....  
 MT    Bình thường     Bệnh lý  .....

Vận nhãn nội tại: MP    Bình thường     Bệnh lý  .....  
 MT    Bình thường     Bệnh lý  .....

- Rung giật nhãn cầu : Không     Có  .....

	Mắt phải	Mắt trái
<b>1. Mi mắt</b>		
- Quặm	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Epicanthus	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Sụp mi	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- U	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Khác	.....	.....
<b>2. Lê đao</b>	.....	.....
<b>3. Kết mạc</b>		
- Cương tụ	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Xuất huyết	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Xuất tiết	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- U	✓ Có <input type="checkbox"/> Không	✓ Có <input type="checkbox"/> Không
- Khác	.....	.....
<b>4. Giác mạc</b>		
- Tình trạng trong suốt	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Sẹo ..... ✓ Loạn dưỡng ..... ✓ Thoái hóa .....	✓ Trong <input type="checkbox"/> Sẹo ..... ✓ Loạn dưỡng ..... ✓ Thoái hóa .....

- Phù nè, bọng biểu mô	.....	.....
- U (vị trí, kích thước)	.....	.....
- Tuba ( số lượng, vị trí)	.....	.....

- Loét (kích thước, hình dạng, vị trí , bờ ...)	.....	.....
- Dị tật (GM hình chóp, GM nhỏ...)	.....	.....
- Đường kính GM	.....	.....
- Vùng rìa	.....	.....
- Khác	.....	.....
<b>5. Củng mạc</b>		
- Dãn lồi	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Sẹo mổ	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Cương tụ (tỏa lan, khu trú...)	.....	.....
- Viêm	.....	.....
- Khác	.....	.....
<b>6. Tiền phòng</b>		
- Độ sâu (p.p Smith)	.....mm	.....mm
- Tyndall	.....	.....
- Mủ	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Máu	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Góc tiền phòng	.....	.....
<b>7. Móng mắt, thẻ mi</b>		
- Màu sắc	.....	.....
- Tình trạng thoái hoá	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Tân mạch	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Cảm giác thẻ mi	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- U	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
- Dị dạng	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
<b>8. Đồng tử</b>		
- Đường kính	Y Tròn <input type="checkbox"/> Méo	Y Tròn <input type="checkbox"/> Méo
- Viền sắc tố	.....	.....
- Phản xạ	Y Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất	Y Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất
- Dị dạng	.....	.....
<b>9. Thẻ thủy tinh</b>		
	Y Bình thường	Y Bình thường
	Y Đục <input type="checkbox"/> Lệch	Y Bệnh lý <input type="checkbox"/> Lệch
	Y Đục toàn bộ <input type="checkbox"/> Đục nhân	Y Đục toàn bộ <input type="checkbox"/> Đục nhân
	Y Đục bao <input type="checkbox"/> Khác	Y Đục bao <input type="checkbox"/> Khác
<b>10. Dịch kính</b>		
	Y Bình thường	Y Bình thường
	Y Bệnh lý .....	Y Bệnh lý .....
<b>11. Đáy mắt</b>		
- Võng mạc	.....	.....
- Hoàng điểm	.....	.....
- Mạch máu	.....	.....
- Dĩa thị	.....	.....
- U	.....	.....
<b>12. Nhãn cầu</b>		
	Y Mềm <input type="checkbox"/> Căng <input type="checkbox"/> To	Y Mềm <input type="checkbox"/> Căng <input type="checkbox"/> To
	Y Nhỏ <input type="checkbox"/> Teo	Y Nhỏ <input type="checkbox"/> Teo

**2. Toàn thân:**

- Huyết áp.....Nhiệt độ.....Mạch.....
- Nội tiết:
  - Bình thường
  - Bệnh lý  .....
- Tâm thần, thần kinh
  - Bình thường
  - Bệnh lý  .....
- Tuần hoàn:
  - Bình thường
  - Bệnh lý  .....
- Hô hấp:
  - Bình thường
  - Bệnh lý  .....
- Tiêu hoá:
  - Bình thường
  - Bệnh lý  .....
- Cơ, xương, khớp:
  - Bình thường
  - Bệnh lý  .....
- Tiết niệu, sinh dục:
  - Bình thường
  - Bệnh lý  .....
- Khác:.....

**IV. Các xét nghiệm cần làm .....****V. Chẩn đoán****1. Bệnh chính**

- Mắt phải:.....
- Mắt trái:.....

**2. Bệnh kèm theo: .....**  
.....**3. Phân biệt: .....****VI. Điều trị****1. Phương pháp chính:.....**  
.....**2. Chế độ ăn uống:.....****3. Chế độ chăm sóc:.....****VII. Tiên lượng:.....**

Ngày ..... tháng ..... năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**

Họ 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

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Kết quả: .....

.....

.....

+ Biến chứng/di chứng: .....

.....

.....

+ Hướng điều trị tiếp: .....

.....

.....

Người giao hồ sơ:

Người nhận hồ sơ:

Ngày..... tháng..... năm 20....

Bác sỹ điều trị

Họ tên.....

Họ tên .....

Họ tên .....

