

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN  
Bệnh viện.....  
Khoa:.....  
Buồng: ..... Giường: .....

# BỆNH ÁN NỘI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN

MS: 18/BV-01  
Mã người bệnh:.....  
Mã YT:.....  
Số vào viện:.....  
Số lưu trữ: .....

## I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*In hoa*): ..... 2. Sinh ngày       Tuổi   
 1. Giới: 1. Nam  2. Nữ  4. Nghề nghiệp: .....  
 5. Dân tộc: .....   
 7. Địa chỉ hiện tại: Số nhà ..... Thôn, phố ..... Xã, phường .....  
 Huyện (Q, Tx) ..... Tỉnh, thành phố .....  
 8. Nơi làm việc: .....  
 9. Đổi tượng: 1.BHYT  2.Thu phí  3.Miễn  4.Khác   
 10. Số thẻ BHYT: ..... Có giá trị sử dụng từ ngày ..... tháng ..... năm .....  
 11. Số căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: .....  
 12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin: .....  
 .....số điện thoại: .....

## II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: ..... giờ.....ph ngày...../...../.....	15. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
14. 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="checkbox"/>
Khoa ..... Ngày /tháng /năm Ngày ĐT	18. Chuyển viện: 1. Chuyển đến <input type="checkbox"/> 2. Chuyển đi <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Vào khoa <input type="text"/> .....Giờ....phút...../...../..... <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> .....Giờ....phút...../...../..... <input type="text"/>	- Chuyển đến ..... 19. Ra viện: ..... giờ ..... ngày ...../...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Chuyển viện <input type="checkbox"/> 3. Trốn viện <input type="checkbox"/> 4. Xin ra viện <input type="checkbox"/>
17. Chuyển <input type="text"/> .....Giờ....phút...../...../..... <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> .....Giờ....phút...../...../..... <input type="text"/>	20. Tổng số ngày điều trị.....

## III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN THEO YHHĐ	MÃ	CHẨN ĐOÁN THEO YHCT	MÃ
21. Nơi chuyển đến: .....	<input type="text"/>	25. Nơi chuyển đến: .....	<input type="text"/>
22. KKB/Cấp cứu .....	<input type="text"/>	26. KKB/Cấp cứu .....	<input type="text"/>
23. Vào khoa điều trị		27. Vào khoa điều trị:	
- Bệnh chính.....	<input type="text"/>	- Bệnh chính.....	<input type="text"/>
- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>	- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>
.....		.....	
+ Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>		+ Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>	
24. Ra viện: <input type="checkbox"/> - Bệnh chính..... <input type="text"/> - Bệnh kèm theo..... <input type="text"/>		28. Ra viện: <input type="checkbox"/> - Bệnh chính..... <input type="text"/> - Bệnh kèm theo..... <input type="text"/>	
.....		.....	
+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>		+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>	

## IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

29. Kết quả điều trị		31. 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"/> 4. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 5. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
1. Khỏi <input type="checkbox"/>	4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	
2. Đở <input type="checkbox"/>	5. Tử vong <input type="checkbox"/>	
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>		32. Nguyên nhân chính tử vong: .....
30. 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"/>		33. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 34. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ngày . . . tháng . . . năm . . .

Giám đốc  
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Trưởng khoa  
(Ký, ghi rõ họ tên)

## PHẦN II: BỆNH ÁN

### A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

#### I. LÝ DO VÀO VIỆN .....

#### II. BỆNH SỨ

#### III. TIỀN SỨ

1. Bản thân: .....

+ 1. Dị ứng 2. Rượu 3. Ma tuý 4. Thuốc lá 5. Khác

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mô tả (nếu có):

+ Đặc điểm liên quan đến bệnh tật: .....

2. Gia đình: .....

#### IV. KHÁM BỆNH

1. Khám toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động...)

Mạch.....	lần/phút
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp ..../ .....	mmHg
Nhịp thở .....	lần/phút
Cân nặng.....	kg
Chiều cao .....	cm
BMI .....	

2. Khám bộ phận:

Tuần hoàn: .....

Hô hấp: .....

Tiêu hóa: .....

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 (nếu có): .....

## V. CẬN LÂM SÀNG

---

---

---

---

---

## VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN

---

---

---

---

---

## VII. CHẨN ĐOÁN:

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

## B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

### I. VỌNG CHẨN

- |                      |                 |        |            |                   |             |            |            |         |   |   |   |         |   |   |
|----------------------|-----------------|--------|------------|-------------------|-------------|------------|------------|---------|---|---|---|---------|---|---|
| 1. <b>Hình thái:</b> | 1. Gầy          | 2. Béo | 3. Cân đối | 4. Nấm co         | 5. Nấm duỗi | 6. Ua tĩnh | 7. Ua động | 8. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |         |   |   |
| 2. <b>Thân:</b>      | 1. Còn thân     |        |            | 2. Không còn thân |             |            | 3. Khác    |         |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |         |   |   |
| 3. <b>Sắc:</b>       | 1. Bêch (trắng) |        | 2. Đỏ      | 3. Vàng           |             | 4. Xanh    |            | 5. Đen  |   | 6. Bình thường                                    |   | 7. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. <b>Trạch</b>      | 1. Tươi nhuận   |        |            | 2. Khô            |             |            | 3. Khác    |         |   |   |   |         |   |   |

### 5. Luõi:

- |                        |                |          |             |           |   |   |  |   |  |  |  |
|------------------------|----------------|----------|-------------|-----------|---|---|--|---|--|--|--|
| - Hình thái:           | 1. Bình thường | 2. Lệch  | 3. Rụt      | 4. Khác   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |   |  |  |  |
| - Chất luõi, sắc luõi: | 1. Đạm         | 2. Bịu   | 3. Gầy mỏng | 4. Nứt    | 5. Cứng   | 6. Loét   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| 7. Hồng                | 8. Nhợt        | 9. ĐỎ    | 10. ĐỎ sẫm  | 11. Tím   | 12. Khác  |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| - Rêu luõi:            | 1. Có          | 2. Không | 3. Bong     | 4. Dày    | 5. Mỏng   | 6. Uớt  | 7. Khô   | 8. Nhuận  |  |  |  |
|                        |                |          | 9. Dính     | 10. Trắng | 11. Vàng  | 12. Khác  |  |   |  |  |  |

### 6. Mô tả khác (nếu có)

---

---

---

---

### II. VĂN CHẨN

#### 1. Âm thanh:

- |                 |                |              |            |              |         |           |          |         |  |   |
|-----------------|----------------|--------------|------------|--------------|---------|-----------|----------|---------|--|---|
| 1.1. Tiếng nói: | 1. Bình thường | 2. To        | 3. Nhỏ     | 4. Đứt quãng | 5. Khàn | 6. Ngọng  | 7. Mát   | 8. Khác | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 1.2. Hơi thở:   | 1. Bình thường | 2. Đứt quãng | 3. Ngắn    | 4. Mạnh      |         | 5. Yếu    |          |         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                 | 6. Thô         | 7. Rít       | 8. Khò khè | 9. Chậm      | 10. Gáp |           | 11. Khác |         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 1.3. Ho:        | 1. Có          | 2. Không     |            |              |         |           |          |         | <input type="checkbox"/>   |   |
|                 | 1. Ho liên tục | 2. Cơn       | 3. Ít      | 4. Nhiều     | 5. Khan | 6. Có đờm | 7. Khác  |         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          |
| 1.4. Ợ:         | 1. Có          | 2. Không     |            |              |         |           |          |         | <input type="checkbox"/>   |   |

1.5. Nâc 1. Có 2. Không

## 2. Mùi:

2.1 Mùi cơ thể, mùi hơi thở: 1. Có  
1. Chua 2. Khăm 3. Tanh

2. Không  
4. Thối 5. Hôi 6. Khác

2.2 Chất thải biểu hiện bệnh lý 1. Có  
1. Đờm 2. Chất nôn 3. Phân

2. Không  
4. Nước tiểu 5. Khí hư 6. Kinh nguyệt 7. Khác

## 3. Mô tả khác (nếu có)

### III. VÂN CHÂN

#### 1. Hàn nhiệt:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có

2. Không

1. Thích nóng 2. Sợ nóng 3. Thích mát 4. Sợ lạnh 5. Trong người nóng  
6. Trong người lạnh 7. Rét run 8. Hàn nhiệt vãng lai 9. Khác

2. Mồ hôi: 1. Bình thường 2. Không có mồ hôi 3. Tự hán 4. Đạo hán 5. Nhiều 6. Ít 7. Khác

3. Đầu mặt cổ: Biểu hiện bệnh lý:

1. Có 2. Không

- Đầu đau: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Di chuyển 5. È 6. Nhói  
7. Căng 8. Nặng đầu 9. Đau thắt 10. Khác

- Hoa mắt chóng mặt: 1. Có 2. Không

- Mắt: 1. Nhìn không rõ 2. Đau 3. Khác

- Tai: 1. Ù 2. Đau 3. Khác

- Mũi: 1. Ngạt 2. Chảy nước

3. Chảy máu cam

4. Đau

5. Khác

- Họng: 1. Đau 2. Khô

3. Khác

- Cổ vai: 1. Mỏi 2. Đau

3. Khó vận động

4. Khác

4. Lưng: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

1. Mỏi lưng 2. Đau 3. Khó vận động

4. Khác

5. Ngực: Biểu hiện bệnh lý:

1. Có 2. Không

1. Tức 2. Đau 3. Ngột ngạt khó thở

4. Đau tức cạnh sườn

5. Đánh trống ngực 6. Khác

6. Bụng: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

1. Đau 2. Sôi bụng 3. Nóng ruột 4. Đầy trướng 5. Khác

7. Chân tay: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

1. Đau 2. Tê 3. Buồn 4. Mỏi 5. Nhức 6. Nóng 7. Lạnh 8. Khác

8. Ăn: Biểu hiện bệnh lý

1. Có 2. Không

1. Thích nóng 2. Thích mát 3. Ăn nhiều 4. Ăn ít 5. Đắng miệng 6. Nhạt miệng

7. Thèm ăn 8. Chán ăn 9. Ăn vào bụng chướng 10. Khác

9. Uống: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

Thích uống: 1. Mát 2. Ấm nóng 3. Nhiều 4. Ít 5. Khác

10. Đại, tiểu tiện: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

- Tiểu tiện: 1. Vàng 2. Đỏ 3. Đục 4. Buốt 5. Rất 6. Không tự chủ 7. Bí 8. Khác

- Đại tiện: 1. Táo 2. Nát 3. Sóng 4. Lỏng 5. Nhày mũi 6. Bí 7. Khác

11. Ngủ: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

1. Khó vào giấc ngủ 2. Hay tỉnh 3. Hay mê 4. Ngủ ít 5. Khác

12. Khả năng sinh dục-sinh sản

Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không 3. Mẫn dục

#### 12.1 Nam giới:

1. Liệt dương 2. Di tinh 3. Hoạt tinh 4. Mộng tinh 5. Lãnh tinh 6. Khác

#### 12.2 Nữ giới:

1. Vô sinh	2. Động thai	3. Sảy thai	4. Sảy thai liên tiếp	5. Khác	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Kinh nguyệt: biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không			<input type="checkbox"/>
+ Rối loạn kinh nguyệt:	1. Trước kỳ	2. Sau kỳ	3. Bé kinh	4. Khác	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
+ Thông kinh:	1. Trước kỳ	2. Trong kỳ	3. Sau kỳ	4. Khác	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Đói hả: biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không			<input type="checkbox"/>
1. Vàng	2. Trắng	3. Hồng	4. Hôi	5. Khác	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>13. Các yếu tố liên quan đến xuất hiện bệnh:</b>	1. Có	2. Không			
<b>14. Mô tả khác (nếu có)</b>					<input type="checkbox"/>

#### IV. THIẾT CHÂN

<b>1. Xúc chấn:</b> Biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không	<input type="checkbox"/>	
- Da: 1. Khô	2. Nóng	3. Lạnh	4. Uớt	5. Chân tay nóng
6. Chân tay lạnh	7. Án lõm	8. Án đau	9. U/Cục	10. Khác
- Cơ - xương - khớp: Biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không		
1. Mềm nhão	2. Căng cứng	3. Án đau	4. Khác	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Bụng: biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không		
1. Chướng	2. Tích	3. Tụ	4. Thiện ánh	5. Cụ ánh
- Mồ hôi: biểu hiện bệnh lý	1. Có	2. Không		
1. Toàn thân	2. Trần	3. Tay	4. Chân	5. Khác
<b>2. Mạch chấn:</b> 1. Trầm 2. Trì	3. Phù	4. Sắc	5. Hoạt	6. Huyền
- Tổng khán: Bên phải (Khí, dương):	7. Nhu	8. Khác		
Bên trái (Huyết, âm):				
- Vi khán: + Mạch tay trái: Thôn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Xích <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
+ Mạch tay phải: Thôn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Xích <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### 3. Mô tả khác (nếu có)

#### V. TÓM TẮT TÚ CHÂN

#### VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ



### PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện: .....

2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: .....

.....

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng: .....

.....

4. Chẩn đoán vào viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo: .....

.....

- Y học cổ truyền: Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo: .....

.....

5. Phương pháp điều trị:

- Y học hiện đại: .....

- Y học cổ truyền: .....

6. Kết quả điều trị: 1. Khỏi      2. Đỗ      3. Không thay đổi      4. Nặng hơn      5. Tử vong

7. Chẩn đoán ra viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo: .....



.....

- Y học cổ truyền: Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo: .....

.....

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:

.....

.....

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

.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày ..... tháng ..... năm ..... Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- MRI			
- Khác .....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên .....

BỆNH VIỆN .....  
KHOA.....

## PHIẾU ĐIỀU TRI

(Dành cho bệnh án YHCT)

Tờ số:.....

Số vào viện:.....

Buồng:

Giường:

Họ tên người bệnh ..... Tuổi ..... Giới .....

Chẩn đoán.....

