

# BỆNH ÁN MẮT

(Glôcôm)

MS: 24/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

## I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:.....	2. Ngày sinh	Tuổi
1. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	4. Nghề nghiệp:.....	5.
Dân tộc:.....	6. Ngoại kiều:.....	
7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố ..... Xã, phường .....		
Huyện (Quận, thị xã) ..... Tỉnh (thành phố).....		
8. Nơi làm việc: .....	9. Đối 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"/>
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 mấy <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa ..... Khoa ..... 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"/>
16. Chuyển ..... Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến .....
18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../.....	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../.....
19. Tổng số ngày điều trị .....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>

## III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

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

## III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: .....giờ.....phút Ngày.....tháng.....năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <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"/>	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"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết)	29. Nguyên nhân chính tử vong.....
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: .....

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

## A. BỆNH ÁN

### I. Lý do đi khám:

1. Nhức mắt:

Y dữ dội

☐ vừa

☐ nhẹ

☐ không

2. Nhìn: ☐ mờ đột ngột

☐ mờ từng lúc

☐ sương mù

☐ không mờ

Y mờ tăng dần

☐ nhìn thu hẹp

☐ quầng tán sắc

3. Sợ ánh sáng, chảy nước mắt:

☐ có

☐ không

4. Đỏ mắt:

☐ có

☐ không

5. Toàn thân: ☐ đau đầu

☐ nôn

☐ buồn nôn

☐ không

6. Các triệu chứng khác: .....

### II. Quá trình bệnh lý

1. Thời gian xuất hiện bệnh:.....

2. Cơ sở y tế đã khám và điều trị: ☐ Huyện ☐ Tỉnh ☐ Trung ương ☐ Khác

3. Phương pháp đã điều trị: ☐ Phẫu thuật ☐ Thuốc ☐ Laser

4. Phẫu thuật, thủ thuật đã thực hiện:

	Mắt phải				Mắt trái			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
<b>Loại phẫu thuật</b> <b>Thủ thuật</b>								
	1.cắt bề CGM 2. cắt bề+CCH 3. cắt CMS 4. cắt CCM+CCH 5. cắt MM ngoại vi 6. van dẫn lưu 7. quang đông TM 8. lạnh đông TM 9. sửa sẹo bong 10. kẹt củng mạc 11.Laser MM ngoại vi 12. Laser tạo hình MM 13.Laser tạo hình bề 14. Khác (CB+TTT; CB+CDK-BVM...)							
<b>Thời điểm p.thuật</b>								
<b>Nơi phẫu thuật</b>								
	1. bệnh viện huyện 2. bệnh viện tỉnh 3. bệnh viện trung ương 4. nơi khác							

5. Thuốc hạ nhãn áp đã dùng:

☐ uống

Y tra mắt

Y tiêm

Y 1 thuốc

Y 2 thuốc

Y 3 thuốc

Y 4 thuốc

Mắt	Tên thuốc	Liều dùng	Thời gian đã dùng	Ghi chú (lí do thay cắt thuốc)

6. Các thuốc khác:.....

7. Tiến trình điều trị: .....

### III. Tiền sử các bệnh mắt khác

Y Cận thị

☐ Viễn thị

☐ Chấn thương

☐ Viêm màng bồ đào

Y Viêm phần trước nhãn cầu

☐ Tắc TMTTVM

☐ Đã PT mắt: .....

Y Bệnh khác: .....

Y Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. Tên thuốc: .....

- Thời gian sử dụng:.....

- Đường dùng:

☐ Tra mắt

☐ Tiêm mắt

☐ Toàn thân

- Theo chỉ định của bác sỹ ☐

☐ Bệnh nhân tự dùng thuốc

### VI. Tiền sử bệnh toàn thân

Y Tim mạch

☐ Huyết áp (cao, thấp)

☐ Đái đường

Y Rò động mạch cảnh - xoang hang

☐ Bệnh khác: .....

## V. Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình

Y ông, bà

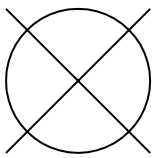
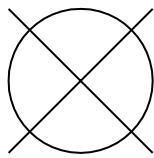
☐ bố, mẹ

Y anh, chị, em

☐ cô, dì, chú, bác

## VI. Khám bệnh

### 1. Khám mắt

	Mắt phải	Mắt trái
<b>1. Thị lực vào viện</b> Không kính Có kính	..... .....	..... .....
<b>2. Nhãn áp</b> (Maclakov, Goldmann )	..... mmHg	..... mmHg
<b>3. Mi mắt:</b> - Sung nề - Khác	Y Có <input type="checkbox"/> Không .....	Y Có <input type="checkbox"/> Không .....
<b>4. Kết mạc</b> - Cương tụ - Sẹo mô cũ - Bọng dò	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí..... Y tốt <input type="checkbox"/> dẹt <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí..... Y tốt <input type="checkbox"/> dẹt <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát
<b>5. Giác mạc</b> - Tình trạng trong suốt - Phù nề, bọng biểu mô - Độ dày giác mạc - Tủa ( số lượng, vị trí) - Đường kính giác mạc	Y trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... ..... .....	Y trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... ..... .....
<b>6. Củng mạc</b> - Dẫn lồi - Sẹo mô	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí.....	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí.....
<b>7. Tiền phòng</b> - Độ sâu (p.p Smith) - P.p Herick	.....mm <1/4. 1/4.1/2.≥GM	.....mm <1/4. 1/4.1/2.≥GM
<b>8. Góc tiền phòng</b>  Dấu hiệu khác:	 .....	 .....
<b>9. Mống mắt</b> - Màu sắc - Tình trạng thoái hoá - Tân mạch	..... Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... Y Có <input type="checkbox"/> Không	..... Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... Y Có <input type="checkbox"/> Không
<b>10. Đồng tử</b> - Đường kính - Viên sắc tố - Phản xạ	Y tròn <input type="checkbox"/> méo ..... Y bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất	Y tròn <input type="checkbox"/> méo ..... Y bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất
<b>11. Thể thủy tinh</b>	Y trong <input type="checkbox"/> đục Y nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ	Y trong <input type="checkbox"/> đục Y nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ
<b>12. Dịch kính</b>	..... .....	..... .....
<b>13. Đáy mắt</b> - Vong mạc - Hoàng điểm - Tân mạch - Xuất huyết	..... ..... Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không	..... ..... Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không

<b>14. Địa thị giác</b> - Viêm thần kinh - Màu sắc - C/D - Mạch máu - Xuất huyết - Teo cạnh gai	Y bình thường <input type="checkbox"/> bất thường ( <input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương) ..... ..... <input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> chuyển hướng <input type="checkbox"/> gập góc Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y bình thường <input type="checkbox"/> bất thường ( <input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương) ..... ..... <input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> chuyển hướng <input type="checkbox"/> gập góc Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không
<b>15. Vận nhãn, lác</b>	.....	.....
<b>16. Nhãn cầu</b>	Y bình thường <input type="checkbox"/> dẫn lối <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ	Y bình thường <input type="checkbox"/> dẫn lối <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ
<b>17. Hốc mắt</b>	.....	.....

## 2. Toàn thân

- Huyết áp.....Nhiệt độ.....Mạch.....

- Nội tiết ☐ bình thường  
Y có bệnh .....
- Tâm thần, thần kinh ☐ bình thường  
Y có bệnh .....
- Tuần hoàn: ☐ bình thường  
Y có bệnh .....
- Hô hấp ☐ bình thường  
Y có bệnh .....
- Tiêu hoá: ☐ bình thường  
Y có bệnh .....
- Cơ - xương - khớp: ☐ bình thường  
Y có bệnh .....
- Tiết niệu, sinh dục ☐ bình thường  
Y có bệnh .....
- Khác: .....

**VII. Các xét nghiệm cần làm:** .....

## VIII. Chẩn đoán:

### 1. Bệnh chính

- Mắt phải:.....
- Mắt trái:.....

### 2. Bệnh kèm theo:

MP.....  
MT.....

### 3. Bệnh toàn thân: .....

**XI. Chỉ định điều trị:** .....

**X. Tiên lượng:** .....

Ngày ..... tháng ..... năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**

Họ và tên.....

[illegible]

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

- Mắt phải ..... Mã bệnh □□□□
- Mắt trái .....Mã bệnh □□□□

2. Phương pháp điều trị:

Y Phẫu thuật: .....

Y Laser: .....

Y Thuốc: .....

3. Tình trạng ra viện

- Mắt phải:.....
- .....
- Mắt trái:.....
- .....

Thị lực ra viện: không kính: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện MP .....mmHg

có kính: MP:..... MT:..... MT: .....mmHg

4. Hướng điều trị tiếp theo

Y Theo dõi: .....

.....

Y Phẫu thuật: .....

.....

Y Laser: .....

.....

Y Thuốc: .....

.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:  Họ tên.....  Người nhận hồ sơ:  Họ tên.....	Ngày..... tháng..... năm 20.....  Bác sỹ điều trị     Họ tên.....
Loại	Số tờ		
- X quang			
- CT scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ			