

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giờ

BỆNH ÁN SẢN KHOA

MS: 05/BV-01

Số lưu trú:

Mā YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

Điện thoại số.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

III. CHẨN ĐOÁN

19. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/>
20. KKB, Cấp cứu:	<input type="text"/>
21. Lúc vào đẻ:	<input type="text"/>
22. Ngày đẻ (mỗ đẻ):	<input type="text"/>
23. Ngôi thai:	<input type="text"/>
24. Cách thức đẻ:	<input type="text"/>
- Kiểm soát tử cung:	<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"/>
25. Tình hình phẫu thuật: 1. Cấp cứu	<input type="checkbox"/>
2. Chủ động	<input type="checkbox"/>
+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:	<input type="text"/>
+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:	<input type="text"/>
+ Phương pháp phẫu thuật:	<input type="text"/>
26. Trẻ sơ sinh: 1. Đơn thai	<input type="checkbox"/>
2. Đa thai	<input type="checkbox"/>
3. Trai	<input type="checkbox"/>
4. Gái	<input type="checkbox"/>
a -Sóng	<input type="checkbox"/>
b -Chết	<input type="checkbox"/>
5. Dị vật:	<input type="text"/>
6. Cân nặng:	<input type="text"/> gram
27. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:	<input type="text"/>
28. Tổng số lần phẫu thuật:	<input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

BỆNH ÁN

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

II. Hồi bệnh:

1. Quá trình kỳ thai này: kinh cuối cùng từ ngày/...../..... đến ngày/...../..... - Tuổi thai:tuần

- Khám thai tại:

- Tiêm phòng uốn ván Được tiêm.....lần

- Bắt đầu chuyển dạ từ giờ phút ngày/...../.....

- Dấu hiệu lúc đầu:

- Biến chuyển:

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (những bệnh đã mắc, dị ứng, thói quen ăn uống, sinh hoạt, khác....)

.....
.....

+ Gia đình:

3. Tiền sử phụ khoa:

- Bắt đầu thấy kinh năm: Tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: - Chu kỳ: ngày - Lượng kinh:

- Lấy chồng năm: tuổi

- Những bệnh phụ khoa đã điều trị:

4. Tiền sử sản khoa

Số lần có thai	Năm	Đe đủ tháng	Đe thiếu tháng	Sẩy	Hút	Nạo	Co-vac	Chữa ngoài TC	Chữa trứng	Thai chết lưu	Con hiện sống	Cân nặng	Phương pháp đẻ	Tai biến
1														
2														
3														
4														
5														
6														

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

- Toàn trạng: Phù

- Tuần hoàn:

- Hô hấp:

- Tiêu hoá.....

Mạch.....lần/ph
 Nhiệt độ.....°C
 Huyết áp/.....mmHg
 Nhịp thở.....lần/ph
 Chiều cao.....cm
 Cân nặng.....Kg

- Tiết niệu:
- Các bộ phận khác:
-

2. Khám ngoài:

- Bụng có sẹo phẫu thuật cũ - Hình dạng TC: Tư thế:
- Chiều cao TC: cm, vòng bụng: cm
- Cơn co TC:
- Tim thai: lần/ phút
- Vú:

3. Khám trong:

- Chỉ số Bishop **Điểm**
- Âm hộ: - Âm đạo:
- Cổ tử cung: - Phân phụ:
- Ối vỡ lúc: giờ phút ngày/...../.....
- Mầu sắc nước ối:
- Ngôi: - Thê:
- Độ lọt: 1.Cao 2.Chúc 3. Chặt 4.Lot
- Tầng sinh môn:
- Tình trạng ối: 1.Ối phồng 2.Ối dẹt 3.Ối quả lê
- Ối vỡ: 1. Tự nhiên 2. Bấm ối
- Nước ối nhiều hay ít:
- Kiểu thê:
- Đường kính nhô hạ vệ:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Chẩn đoán:

- Khi vào khoa:
- Phân biệt:
-
-

6. Tiên lượng:

7. Hướng điều trị:

- Phương pháp chính:
-
-

Ngày..... tháng..... năm.....
Bác sĩ làm bệnh án

IV. Theo dõi tại buồng đẻ:

- Vào buồng đẻ lúc: giờ phút ngày/...../.....
- Tên người theo dõi: Chức danh:
- 1. Đặc điểm trẻ sơ sinh:**

 - Đẻ lúc: giờ ngày/...../..... - Apgar: 1 phút: điểm 5 phút: điểm 10 phút: điểm
 - Cân nặng: gram Cao: cm, Vòng đầu: cm
 - Con: - Đơn thai 1.Trai 2.Gái - Đa thai: 1. Trai 2. Gái - Tật bẩm sinh: - Có hậu môn
 - Cụ thể tật bẩm sinh:
 - Tình trạng trẻ sơ sinh sau khi đẻ:
 - Xử lý và kết quả:

2. Đặc điểm sổ rau: Rau: 1. Bóc 2. Sổ

- Rau sổ lúc: giờ phút ngày/...../..... - Cách sổ rau:
- Mặt màng: - Mặt mũi:
- Bánh rau: - Cân nặng: gram - Rau cuốn cỗ:
- Cuống rau dài: Cm Có chảy máu sau sổ Nếu có, lượng máu mất: ml
- Kiểm soát tử cung:
- Xử lý và kết quả:

3. Tình trạng sản phụ sau đẻ: - Da, niêm mạc: Mạch lần/ph
- Phương pháp đẻ: 1.đẻ thường 2.forceps 3.giác hút 4.P 5.đẻ chỉ huy 6.khác T Nhiệt độ °C

- Lý do can thiệp: Huyết áp/..mmHg
- Tầng sinh môn: 1. Không rách 2. Rách 3. Cắt Nhịp thở lần/ph

Nếu có, phương pháp khâu và loại chỉ: Số mũi khâu:

- Cổ tử cung: 1. Không rách 2. Rách

4. Tình hình phẫu thuật (nếu có):

- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Chẩn đoán sau phẫu thuật:

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Phẫu thuật viên	Bác sĩ gây mê

1. Tai biến PT 2. Biến chứng 1. Do PT 2. Do gây mê 3. Do nhiễm khuẩn 4. Khác

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

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Ngày..... tháng..... năm..... Bác sĩ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang			
- CT Scanner			

- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
- Khác.....			

- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên.....
-----------------	--	-------------	-------------