

Sở Y tế: .....  
Bệnh viện: .....

# BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ

KHOA: .....

MS: 15/BV-01

Số ngoại trú: .....

Số lưu trữ: .....

## I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa): ..... 2. Sinh ngày: 

--	--	--	--	--	--	--

 Tuổi 

--	--

  
3. Giới: 1. Nam  2. Nữ  4. Nghề nghiệp: .....  
5. Dân tộc: ..... 

--	--

 6. Ngoại kiều: .....  
7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố ..... Xã, phường .....  
Huyện (Q, Tx) ..... 

--	--

 Tỉnh, thành phố ..... 

--	--

  
8. Nơi làm việc: ..... 9. Đối tượng: 1.BHYT  2.Thu phí  3.Miễn  4.Khác   
10. BHYT giá trị đến ngày ..... tháng ..... năm ..... Sổ thẻ BHYT 

--	--	--	--

  
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: ..... Điện thoại số: .....  
12. Đến khám bệnh lúc: ..... giờ ..... phút ngày ..... tháng ..... năm .....  
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: ..... 1. Y tế  2. Tự đến

## II. LÝ DO VÀO VIỆN:

## III. HỎI BỆNH:

### 1. Quá trình bệnh lý:

### 2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: .....  
+ Gia đình: .....

## IV. KHÁM BỆNH:

### 1. Toàn thân: .....

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

### 2. Các bộ phận:

### 3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:

### 4. Chẩn đoán ban đầu:

### 5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc):

### 6. Chẩn đoán khi ra viện: ..... Mã | | | | | |--|--|--|--| | | | | | |--|--|--|--|

### 7. Điều trị ngoại trú từ ngày ..... / ..... / ..... đến ngày ..... / ..... / .....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Giám đốc bệnh viện

Bác sĩ khám bệnh

Ho và tên.....

Ho và tên.....

## TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

### **1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:** .....

---

---

---

---

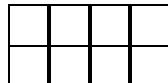
---

2.Tóm tắt kết quả xét nghiệm cân lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

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

### **3. Chẩn đoán ra viện:**

- Bệnh chính: .....
  - Bệnh kèm theo (*nếu có*): .....



#### 4. Phương pháp điều trị: ...

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

#### **5. Tình trạng người bệnh ra viện:**

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

#### **6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:**

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

<b>Hồ sơ, phim, ảnh</b>		<b>Người giao hồ sơ:</b>  Họ tên.....	Ngày..... tháng..... năm.....
<b>Loại</b>	<b>Số tờ</b>		<b>Bác sĩ điều trị</b>
- X - quang			
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			

Sở Y tế: .....  
Bệnh viện: .....  
Khoa: .....

# BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ CHUYÊN KHOA RĂNG HÀM MẶT

MS: 16/BV-01  
Số ngoại trú.....  
Số lưu trú .....

## I. HÀNH CHÍNH:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. Họ và tên ( <i>In hoa</i> ): .....  | 2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |
| 3. Giới:      1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/> | 4. Nghề nghiệp: .....  |   |
| 5. Dân tộc: .....  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 6. Ngoại kiều: .....                    |
| 7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố.....<br>Huyện (Q, Tx) .....               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | Xã, phường.....<br>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 ..... Số thẻ BHYT            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |   |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....                         | Điện thoại số: .....   |   |
| 12. Đến khám bệnh lúc ..... giờ ..... phút                                   | ngày ..... tháng ..... năm .....   |   |
| 13. Chẩn đoán và xử lý của nơi giới thiệu: .....                             | 1.Y té <input type="checkbox"/> 2.Tụ điện <input type="checkbox"/>   |   |

## **II. LÝ DO VÀO VIỆN:**

### **III. HỎI BỆNH:**

- 1. Quá trình bệnh lý:** .....

## 2. Tiền sử bệnh:

- + Bản thân: .....
  - + Gia đình: .....

#### **IV. KHÁM BỆNH:**

1. Toàn thân: .....

Mạch.....	<i>làn/ph</i>
Nhiệt độ .....	<sup>o</sup> C
Huyết áp ..../.	<i>mmHg</i>
Nhip thở.....	<i>làn/ph</i>
Cân nặng .....	<i>kg</i>

## **2. Bệnh chuyên khoa:**

### **3. Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện**

					Phân loại khe hở
Phải	Thăng	Trái	Hàm trên và Họng	Hàm dưới	môi vòm miệng
					1 và 4 là khe hở môi
					2 và 5 là khe hở xương ổ răng
					3 và 6 là khe hở cung hàm
					7 và 8 là khe hở vòm miệng cứng
					9 là khe hở vòm miệng mềm

4. Tóm tắt bệnh án: .....

5. Chẩn đoán của khoa khám bệnh: .....

6. Đã xử lý của tuyến dưới: .....

7. Điều trị ngoại trú từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

Ngày.....tháng.....năm.....  
BÁC SỸ KHÁM BỆNH

## Ho và tên.....

Ho và tên.....

## 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. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính: .....
- Bệnh kèm theo (*nếu có*): .....



4. Phương pháp điều trị: .....

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

5. Tình trạng người bệnh ra viện: .....

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

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

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

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

