

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường

BỆNH ÁN HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU

MS: 09/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../...../.....

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"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/> | 4. Nghề nghiệp: | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. Dân tộc: | 6. Ngoại kiều: | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố
Huyện (Q, Tx) | Xã, phường.....
Tỉnh, thành phố | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 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: | |

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 <input type="checkbox"/>
Khoa <input type="checkbox"/> ng / th / năm Sô ngày ĐTr	17. Chuyên viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
16. Chuyên Khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: <input type="checkbox"/> giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB, Cấp cứu:	<input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/>	+ Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>
23. Ra viện:	
+ Bệnh chính:	<input type="text"/> <input type="text"/>
+ Bệnh kèm theo	<input type="text"/> <input type="text"/>
+ Tai biến: <input type="checkbox"/>	+ Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<p>24. Kết quả điều trị: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/></p> <p>25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):</p> <p>1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/></p>	<p>26. Tình hình tử vong: giờ phút ngày tháng năm</p> <p>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. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/></p> <p>27. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	--

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên
.....

A- BỆNH ÁN

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

II. Hồi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v..*).

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:

.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình:

.....

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

- Tinh thần của người bệnh:
 - Hình dáng tư thế:
 - Da, niêm mạc:
 - Triệu chứng xuất huyết (*mô tả chi tiết*):
- Mạch..... lần/ph
Nhiệt độ..... °C
Huyết áp..... /..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Cân nặng..... kg*
-

- Hệ thống lông, tóc, móng:
- Triệu chứng phù:
- Tuyến giáp:

2. Các cơ quan:

- + Gan: Kích thước:
- Mật độ:
- Bờ:
- Mặt gan:
- Đau:
- + Lách: Kích thước:
- Mật độ:
- Bờ:
- Mặt gan:
- Đau:
- + Hạch: Vị trí:
- Kích thước:
- Số lượng:
- Độ di động:
- Đau:

- + Thần kinh:
- + Tim mạch:
- + Hô hấp:
- + Tiêu hoá:
- + Tiết niệu:
- + Khác:

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

Huyết học		<u>Truyền máu</u>	
Huyết đồ		Nhóm máu	
Tuỷ đồ		Coombs test	
Sinh thiết tuỷ		Kháng thể bất thường	
Sinh thiết hạch		Các xét nghiệm liên quan:	
Đông máu toàn bộ		Sinh hoá	
Định lượng yếu tố đông máu		GPB	
Điện di HST		Vi sinh	
Nhiễm sắc thể		X quang	
Các xét nghiệm khác:		

4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

Truyền máu:

1. Khối hòng cầu	Số lần	<input type="checkbox"/>	5. Huyết tương:	Số lần	<input type="checkbox"/>
2. Hòng cầu rửa	Số lần	<input type="checkbox"/>	6. Huyết tương tươi đông lạnh:	Số lần	<input type="checkbox"/>
3. Khối tiểu cầu	Số lần	<input type="checkbox"/>	7. Tuba VIII:	Số lần	<input type="checkbox"/>
4. Khối bạch cầu hạt	Số lần	<input type="checkbox"/>	8. Truyền máu toàn phần:	Số lần	<input type="checkbox"/>

Các phản ứng khi truyền máu Loại: 1. Mẫn ngứa 2. Sốt rét run 3. Choáng phản vệ 4. Khác
Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. 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. Phương pháp điều trị:

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

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

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

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

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

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