

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường.....

BỆNH ÁN TÂM THẦN

MS: 07/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Dân tộc:	6. Trình độ văn hóa:	7. Ngoại kiều: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx)	Xã, phường Tỉnh, thành phố	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Nơi làm việc:	10. Đổi tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số:	

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ ph ngày / / 14. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	Khoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ng / th / năm <input type="checkbox"/> Số ngày ĐTr 16. Vào khoa <input type="checkbox"/> Giờ phút / / 17. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Giờ phút / / Khoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Giờ phút / / Giờ phút / /	15.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> 18. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
		19. 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.Đưa về <input type="checkbox"/> 20. Tổng số ngày điều trị: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

21. Nơi chuyển đến:	MÃ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24. Ra viện: + Bệnh chính:
22. KKB, Cấp cứu:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo
23. Khi vào khoa điều trị:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>		

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đở, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ ph ngày tháng năm 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"/> 27. Nguyên nhân chính tử vong:
4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BÊNH ÁN

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

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (tình trạng trước khi mắc bệnh, các biểu hiện ban đầu, sự tiến triển của bệnh, quá trình điều trị và tình trạng bệnh hiện nay).

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (Sự phát triển về tâm thần và thể chất từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc phải, tình hình học tập, khả năng lao động công tác, đặc điểm tính cách từ nhỏ đến lớn).....

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: (ông, bà, cha, mẹ, anh, chị em ruột, con cái, họ hàng có ai mắc bệnh gì không: chú ý bệnh thần kinh, tâm thần)?:

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v)

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

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hóa:

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

+ Cơ- Xương- Khớp:

+ Tai- Mũi- Họng:

+ Răng- Hàm- Mắt:

+ Mắt:

+ Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

.....

.....

.....

3. Khám:

a. Thần kinh:

Dây thần kinh sọ não:

.....

.....

Đáy mắt:

Vận động:

.....

.....

Trưởng lực cơ:

Cảm giác (nóng, sâu):

Phản xạ:

.....

.....

b. Tâm thần:

Biểu hiện chung:

.....

.....

Ý thức định hướng lực: - Không gian:

- Thời gian:

- Bản thân:

Tình cảm, cảm xúc:

Tri giác: (khả năng nhận thức thực tại khách quan, các rối loạn):

Tư duy: - Hình thức:

- Nội dung:

Hành vi tác phong: - Hoạt động có ý chí:
.....

- Hoạt động bắn nǎng:

.....

Trí nhớ: - Nhớ máy móc:

.....

- Nhớ thông hiếu:

.....

Trí năng: - Khả năng phân tích:

.....

- Khả năng tổng hợp:

.....

Chú ý:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Tóm tắt triệu chứng và hội chứng:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

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

V. Tiêu lượng:

VI. Hướng điều trị:

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

Ho 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:

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

Giải phẫu bệnh (*khi có sinh thiết*): 1. Lành tính 2. Nghi ngờ 3. Ác tính

3. Phương pháp điều trị:

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

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

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

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