

Sở Y tế:

MS: 02/BV-01

Bệnh viện:

BỆNH ÁN NHI KHOA

Khoa: Giường.....

Số lưu trú:

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

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

11. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	13. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>	
12. Trực tiếp vào: 1.Cáp 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 Số ngày ĐTr		
14. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
15. Chuyển <input type="checkbox"/> Khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>	- Chuyển đến	
17. Ra viện: 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"/>	
18. Tổng số ngày điều trị.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

III. CHẨN ĐOÁN

MĀ

MĀ

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

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<p>23. Kết quả điều trị:</p> <p>1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/></p> <p>2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/></p> <p>3. Không thay đổi <input type="checkbox"/></p>	<p>25. Tình hình tử vong: giờ.....ph 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"/></p> <p>1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/></p>
<p>24. 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. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>27. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 28. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên
.....

A- BỆNH ÁN

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

II. Hỏi 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: (*phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv ..*)

.....
.....

+ Gia đình: (*Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v. .*)

.....
.....

3. Quá trình sinh trưởng:

S S S S

- Con thứ mấy - Tiên thai (Para) (Sinh (đủ tháng), Sớm (đẻ non), Sẩy (nạo, hút), Sống)
- Tình trạng khi sinh: 1.Đé thường 2.Forceps 3.Giác hút 4.Đé phẫu thuật 5.Đé chỉ huy 6.Khác
- Cân nặng lúc sinh:kg. Dị tật bẩm sinh: Cụ thể tật bẩm sinh:

- Phát triển về tinh thần:

- Phát triển về vận động:

- Các bệnh lý khác:

- Nuôi dưỡng: 1. Sữa mẹ 2. Nuôi nhân tạo 3. Hỗn hợp - Cai sữa tháng thứ

- Chăm sóc: 1. Tại vườn trẻ 2. Tại nhà

- Đã tiêm chủng: 1. Lao 2.Bại liệt 3.Sởi 4.Ho gà 5.Uốn ván 6.Bạch hầu 7.Tiêm chủng khác

- Cụ thể những bệnh khác được tiêm chủng:

III-Khám bệnh:

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

- Chiều cao:cm; - Vòng ngực:cm; - Vòng đầu:cm

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

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

.....
.....

- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hoá:
-
- + Thận- Tiết niệu- Sinh dục:
-
- + Thần Kinh:
-
- + Cơ- Xương- Khớp:
-
- + Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Dinh dưỡng và các bệnh lý khác:
-
-

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

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:

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 trị và các chế độ tiếp theo:.....

.....

Hồ sơ, phim, ảnh	Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sĩ điều trị
------------------	-------------------	--

Hồ sơ, phim, ảnh	Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sỹ điều trị Họ tên
-------------------------	---	---