

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....  
 Bệnh viện/Trung tâm: .....  
 Khoa: .....  
 Buồng ..... Giường.....

### BỆNH ÁN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Nội trú  Nội trú ban ngày

Số vào viện: .....  
 Số lưu trữ: .....  
 Mã NB: .....  
 Mã YT: .....

**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. Đổi tượng: 1.BHYT  Thủ phí  Miễn  Khác   
 10. BHYT giá trị sử dụng từ ngày .... tháng ... năm ..... Số thẻ BHYT 

--	--	--	--

  
 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: ..... Điện thoại số: .....

\* Giấy CN khuyết tật: a) Không có  b) Có  (Đang khuyết tật: .....; Mức độ KT: .....)

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

12. Vào viện: ..... giờ ..... ph ..... ngày ..... / ..... / .....	14. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> + Vào viện do bệnh này lần thứ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> + Chuyển đến: .....  18. Ra viện: ..... giờ ..... ngày ..... / ..... / ..... + Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Dieu về <input type="checkbox"/>							
15. Vào khoa ..... Khoa ..... Giờ...phút....J...J..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					19. Tổng số ngày điều trị: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
16. Chuyển ..... Khoa ..... Giờ...phút....J...J..... + Khoa ..... Giờ...phút....J...J..... + Khoa ..... Giờ...phút....J...J..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

**III. CHẨN ĐOÁN**

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				23. Ra viện: ..... + Bệnh chính: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
21. KKB, Cấp cứu: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				+ Bệnh kèm theo: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
22. Khi vào khoa điều trị: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				+ Tai biến: ..... + Biến chứng: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>							

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

24. Kết quả điều trị: ..... 1. Khỏi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 4. Nặng han <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2. Đỗ, giảm <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 5. Tử vong <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Không thay đổi <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>											26. Tình hình tử vong: ..... giờ ..... ph ..... ngày ..... tháng ..... năm ..... 1. Do bệnh <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2.Do tai biến điều trị <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3. Khác <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1. Trong 24 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2.Sau 24 giờ vào viện <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>										
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): ..... 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghỉ ngò <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/>	29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

Ngày..... tháng..... năm.....  
**Giám đốc bệnh viện**

**Trưởng khoa**

Họ và tên .....  
**.....**

Họ và tên .....  
**.....**

## A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN: .....

### II. HỎI BỆNH

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

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

2. Tiền sử bệnh (*chú ý các yếu tố bệnh lý liên quan đến khuyết tật nếu có*):

+ Dị ứng: .....

+ Bản thân: .....

.....  
.....

+ Gia đình: .....

.....  
.....

### III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân (*ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...*)

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

Mạch: .....	lần/ph
Nhiệt độ .....	°C
Huyết áp: .....	/ ..... mmHg
Nhịp thở .....	lần/ph
Cân nặng .....	kg
Chiều cao .....	cm
Chỉ số BMI .....	

2. Tình trạng đau (*Mô tả vị trí, tính chất, mức độ...*)

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

### 3. Các cơ quan

3.1. Tâm thần, thần kinh: (*Tri giác; vận động; cảm giác; phản xạ gân xương, phản xạ da, phản xạ bệnh lý; trương lực cơ; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợp; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác...*)

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

3.2. Cơ xương khớp, cột sống (*hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp; thử cơ bằng tay....*)

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**3.3. Các chuyên khoa khác (tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tiết niệu, sinh dục...)**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG**

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

#### **V. TÓM TẮT BỆNH ÁN**

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

#### **VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ**

- + Bệnh, tật chính: .....
- + Bệnh, tật kèm theo (nếu có): .....
- + Phân biệt: .....

#### **VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

##### **1. Những khó khăn chính trong hoạt động chức năng của người bệnh:**

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

##### **2. Mục tiêu điều trị PHCN (mục tiêu cụ thể, đo lường được, thực tế, có thể đạt được và có thời gian hoàn thành)**

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

##### **3. Chương trình can thiệp PHCN: (những bài tập, kỹ thuật, điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN ...nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)**

.....  
.....

.....  
.....  
.....  
**4. Điều trị các bệnh lý kèm theo và chế độ chăm sóc người bệnh:**  
.....  
.....

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 các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN**

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

**3. Phương pháp điều trị và PHCN**

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

**4. Tình trạng người bệnh ra viện:**

Vận động và di chuyển: .....

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

Chức năng sinh hoạt hàng ngày: .....

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

Nhận thức: .....

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

Các chức năng khác: .....

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

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội .....

Yêu

tổ môi trường và cá nhân .....

**5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện** (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN.... nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.. tháng... năm.... Bác sỹ 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:.....

(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....  
Bệnh viện.....  
Khoa/Trung tâm: .....  
Buồng .....Giường.....

MS: .....  
Số vào viện .....

**PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA**

Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: ..... Buồng:.....Giường:.....

**1. Hoạt động chức năng**

**1.1. Vận động và di chuyển** (*thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại....*)

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

**1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày** (*mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện - tiểu tiện.* )

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

**1.3. Nhận thức, giao tiếp** (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lảng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...*)

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

**2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội** (*chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội ....)*

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

**3. Yếu tố môi trường** (*Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)*

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

**4. Yếu tố cá nhân** (*tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...*)

.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm.....  
Người thực hiện  
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....  
Bệnh viện.....  
Khoa/Trung tâm: .....  
Buồng ..... Giường .....

MS: .....  
Số vào viện .....

## **PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: ..... Buồng: ..... Giường: .....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tồn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN)

..... 2.

Chẩn đoán: .....

3. Chi định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (*những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...*)

Ngày.....tháng.....năm.....  
Bác sĩ  
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....  
Bệnh viện.....  
Khoa/Trung tâm: .....  
Buồng .....Giường.....

**PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT  
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** MS: .....  
Số vào viện .....  
Tờ số.....

- Họ tên người bệnh: ..... Năm sinh/ Tuổi: ..... Nam/Nữ.....
  - Khoa: ..... Số buồng: ..... Số giường: .....
  - Chẩn đoán: .....