

Khoa:.....Giường.....

BỆNH ÁN MẮT

(Bán phần trước)

MS: 22/BV-01

Số lưu trữ:.....

M& YT...../ 210 / 200 /

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"/>	4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Huyện (Q, Tx)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Xã, phường Tỉnh, thành phố
8. Nơi làm việc:	9. Đôi 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 200....	Số thẻ BHYT <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 ph ngày / / 200...	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 <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	
15. Vào khoa <input type="checkbox"/> Khoa ng / th / năm Sô ngày ĐTgiờ....phút / /	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>giờ....phút / / <input type="checkbox"/>giờ....phút / / <input type="checkbox"/>giờ....phút / /	18. Ra việngiờ.....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"/> 19. Tổng số ngày điều trị: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25.. Ra viện:
.....		+ Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB, cấp cứu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(<i>Nguyên nhân</i>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	
- Tai biến: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>		+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	
.....		+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:	
24. Tổng số lần phẫu thuật:		

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<p>26. Kết quả điều trị</p> <p>1. Khoái <input type="checkbox"/> 4. Năng 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>27. 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>28. 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.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3.Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/></p> <p>29. Nguyên nhân chính tử vong:..... 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:.....</p>
--	---

Ngày.....tháng.....năm 200....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN**1. Chẩn đoán bệnh chính:**

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật:

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Kết quả:

.....

.....

+ Biến chứng/di chứng:

.....

.....

+ Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Người nhận hồ sơ: Họ tên	<i>Ngày.....tháng.....năm 200....</i> Bác sỹ điều trị Họ tên
---	--	---

A - BỆNH ÁN

1. Lý do vào viện:

2. Bệnh sử:

- Thời gian xuất hiện bệnh
 - Nguyên nhân (nếu có)
 - Các phương pháp đã điều trị
-

3. Tiền sử:

- Bản thân:

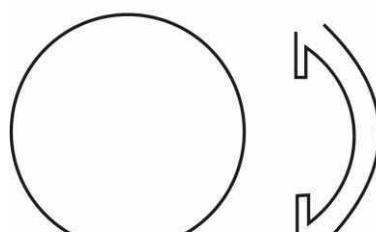
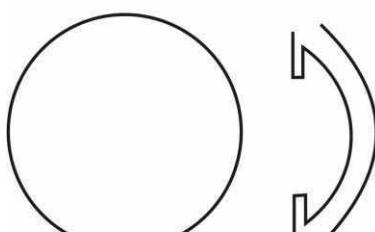
- + Tại mắt:
-
- + Toàn thân:
-

- Gia đình : + Bệnh mắt
- + Bệnh toàn thân

4. Khám bệnh

4.1 Khám mắt

	MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
1. Thị lực	Không kính Qua lố Có chỉnh kính Nhìn gần	Không kính Qua lố Có chỉnh kính Nhìn gần
2. Nhãn áp
3. Lác và vận nhãn
4. Lê đạo	Bорм lê quản: Nước thoát tốt : <input type="checkbox"/> Trào lê quản đổi diên: <input type="checkbox"/> Trào tại chỗ: <input type="checkbox"/>	Borm lê quản: Nước thoát tốt : <input type="checkbox"/> Trào lê quản đổi diên: <input type="checkbox"/> Trào tại chỗ: <input type="checkbox"/>
5. Mi mắt	Bình thường: <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Cháp <input type="checkbox"/> Lẹo <input type="checkbox"/> Sẹo da mi <input type="checkbox"/> Sụp mi <input type="checkbox"/> Khác : -U mi <input type="checkbox"/> Tính chất u Vị trí Kích thước -Quặm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không + Mi trên 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> + Mi dưới 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> -Hở mi: <input type="checkbox"/> -Trễ mi: <input type="checkbox"/>	Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Cháp <input type="checkbox"/> Lẹo <input type="checkbox"/> Sẹo da mi <input type="checkbox"/> Sụp mi <input type="checkbox"/> Khác : -U mi <input type="checkbox"/> Tính chất u Vị trí Kích thước -Quặm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không + Mi trên 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> + Mi dưới 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> -Hở mi : <input type="checkbox"/> - Trễ mi : <input type="checkbox"/>

	<p>-Khuyết mi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>-Tuyến bờ mi: <input type="checkbox"/></p> <p><i>Viêm tǎc nhẹ</i> <input type="checkbox"/> <i>Vừa</i> <input type="checkbox"/> <i>Nặng</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Viêm bờ mi (chân lông mi) <input type="checkbox"/></p> <p>-Tổn thương khác:</p>	<p>-Khuyết mi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>-Tuyến bờ mi: <input type="checkbox"/></p> <p><i>Viêm tǎc nhẹ</i> <input type="checkbox"/> <i>Vừa</i> <input type="checkbox"/> <i>Nặng</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Viêm bờ mi (chân lông mi) <input type="checkbox"/></p> <p>-Tổn thương khác:</p>
6. Kết mạc	<p>-Cương tụ: <i>Toả lan</i> <input type="checkbox"/> <i>Rìa</i> <input type="checkbox"/> <i>Ở KM nhăn cầu</i> <input type="checkbox"/> <i>Ở rìa</i> <input type="checkbox"/> <i>Toàn bộ</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Phù nè <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Sưng hoá <input type="checkbox"/></p> <p>-Nhú <input type="checkbox"/> Hột <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/></p> <p>-Tiết tố mủ <input type="checkbox"/> Tiết tố trong <input type="checkbox"/> Giả mạc <input type="checkbox"/></p> <p>-Bắt màu fluor <input type="checkbox"/></p> <p>-U kêt mạc: + <i>Tính chất</i> + <i>Vị trí</i> + <i>Kích thước</i></p> <p>-Cùng đòn: Bình thường <input type="checkbox"/> <i>Cạn</i> <input type="checkbox"/> <i>Dính</i> <input type="checkbox"/></p> <p>+ Chiều cao của cầu dính:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Dính ở cùng đòn, chưa vào sụn <input type="checkbox"/> · Dính cùng đòn, vào sụn nhưng chưa hết chiều cao sụn <input type="checkbox"/> · Dính hết chiều cao sụn mi <input type="checkbox"/> · Dính cả bờ mi hoặc điểm lệ <input type="checkbox"/> <p>+ Độ rộng của cầu dính:</p> <ul style="list-style-type: none"> · ≤ 1/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> · 1/3 – 2/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> · ≥ 2/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> <p>Tổn thương khác:</p>	<p>-Cương tụ: <i>Toả lan</i> <input type="checkbox"/> <i>Rìa</i> <input type="checkbox"/> <i>Ở KM nhăn cầu</i> <input type="checkbox"/> <i>Ở rìa</i> <input type="checkbox"/> <i>Toàn bộ</i> <input type="checkbox"/></p> <p>-Phù nè <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Sưng hoá <input type="checkbox"/></p> <p>-Nhú <input type="checkbox"/> Hột <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/></p> <p>-Tiết tố mủ <input type="checkbox"/> Tiết tố trong <input type="checkbox"/> Giả mạc <input type="checkbox"/></p> <p>-Bắt màu fluor <input type="checkbox"/></p> <p>-U kêt mạc: + <i>Tính chất</i> + <i>Vị trí</i> + <i>Kích thước</i></p> <p>-Cùng đòn: Bình thường <input type="checkbox"/> <i>Cạn</i> <input type="checkbox"/> <i>Dính</i> <input type="checkbox"/></p> <p>+ Chiều cao của cầu dính:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Dính ở cùng đòn, chưa vào sụn <input type="checkbox"/> · Dính cùng đòn, vào sụn nhưng chưa hết chiều cao sụn <input type="checkbox"/> · Dính hết chiều cao sụn mi <input type="checkbox"/> · Dính cả bờ mi hoặc điểm lệ <input type="checkbox"/> <p>+ Độ rộng của cầu dính:</p> <ul style="list-style-type: none"> · ≤ 1/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> · 1/3 – 2/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> · ≥ 2/3 chiều dài mi <input type="checkbox"/> <p>Tổn thương khác:</p>
7. Giác mạc		

	<p>+ Mắt biếu mô < 1/3 d.tích <input type="checkbox"/> 1/3 - 1/2 d.tích <input type="checkbox"/> > 1/2 d.tích <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Sát rìa <input type="checkbox"/></p> <p>+ Bờ tổn thương nham nhở <input type="checkbox"/> tron nhẵn <input type="checkbox"/> đào rãnh <input type="checkbox"/></p> <p>+ Thoái hoá dài băng <input type="checkbox"/> + Lắng đọng thuốc <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương khác:</p> <p>- Nhu mô:</p> <p>+ Phù: Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/></p> <p>+ Thâm lậu: Nồng <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> Rất sâu <input type="checkbox"/> Khu trú <input type="checkbox"/> Lan toả <input type="checkbox"/> Nhiều ố vệt tinh <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tiêu mồng < 1/2 c/dày <input type="checkbox"/> > 1/2 c/dày <input type="checkbox"/> Ở rìa <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Ở trung tâm <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương khác:</p> <p>- Nội mô & Descemet:</p> <p>Nép gấp <input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Túi sắc tố mắt sau GM <input type="checkbox"/> Mủ mắt sau <input type="checkbox"/> Xuất tiết mắt sau <input type="checkbox"/> Guttata <input type="checkbox"/> Rạn màng Descemet <input type="checkbox"/> Cuộn Descemet <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:</p> <p>- Doạ thủng <input type="checkbox"/> Kẹt móng mắt <input type="checkbox"/></p> <p>- Thủng giác mạc: Trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Sát rìa <input type="checkbox"/> Seidel <input type="checkbox"/> Đường kính thủng <input type="checkbox"/> mm Thủng bít <input type="checkbox"/> Không bít <input type="checkbox"/></p> <p>- Cảm giác giác mạc: Mắt <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>- Tân mạch: + Nồng, hướng tâm <input type="checkbox"/> ly tâm <input type="checkbox"/> + Sâu <input type="checkbox"/> Mírc độ ≤ 1/3 chu vi <input type="checkbox"/> 1/3 - 2/3 chu vi <input type="checkbox"/> ≥ 2/3 chu vi <input type="checkbox"/></p> <p>- Vùng rìa giác mạc: + Suy té bào nguồn <input type="checkbox"/> + Thoái hoá già <input type="checkbox"/> + Lắng đọng Canxi, san hô <input type="checkbox"/></p> <p>- Bất thường khác:</p>	<p>+ Mắt biếu mô < 1/3 d.tích <input type="checkbox"/> 1/3 - 1/2 d.tích <input type="checkbox"/> > 1/2 d.tích <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Sát rìa <input type="checkbox"/></p> <p>+ Bờ tổn thương nham nhở <input type="checkbox"/> tron nhẵn <input type="checkbox"/> đào rãnh <input type="checkbox"/></p> <p>+ Thoái hoá dài băng <input type="checkbox"/> + Lắng đọng thuốc <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương khác:</p> <p>- Nhu mô:</p> <p>+ Phù: Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/></p> <p>+ Thâm lậu: Nồng <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> Rất sâu <input type="checkbox"/> Khu trú <input type="checkbox"/> Lan toả <input type="checkbox"/> Nhiều ố vệt tinh <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tiêu mồng < 1/2 c/dày <input type="checkbox"/> > 1/2 c/dày <input type="checkbox"/> Ở rìa <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Ở trung tâm <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương khác:</p> <p>- Nội mô & Descemet:</p> <p>Nép gấp <input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nặng <input type="checkbox"/> Túi sắc tố mắt sau GM <input type="checkbox"/> Mủ mắt sau <input type="checkbox"/> Xuất tiết mắt sau <input type="checkbox"/> Guttata <input type="checkbox"/> Rạn màng Descemet <input type="checkbox"/> Cuộn Descemet <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:</p> <p>- Doạ thủng <input type="checkbox"/> Kẹt móng mắt <input type="checkbox"/></p> <p>- Thủng giác mạc: Trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> Sát rìa <input type="checkbox"/> Seidel <input type="checkbox"/> Đường kính thủng <input type="checkbox"/> mm Thủng bít <input type="checkbox"/> Không bít <input type="checkbox"/></p> <p>- Cảm giác giác mạc: Mắt <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>- Tân mạch: + Nồng, hướng tâm <input type="checkbox"/> ly tâm <input type="checkbox"/> + Sâu <input type="checkbox"/> Mírc độ ≤ 1/3 chu vi <input type="checkbox"/> 1/3 - 2/3 chu vi <input type="checkbox"/> ≥ 2/3 chu vi <input type="checkbox"/></p> <p>- Vùng rìa giác mạc: + Suy té bào nguồn <input type="checkbox"/> + Thoái hoá già <input type="checkbox"/> + Lắng đọng Canxi, san hô <input type="checkbox"/></p> <p>- Bất thường khác:</p>
8. Củng mạc	<p>- Viêm: + Nốt <input type="checkbox"/> Lan toả <input type="checkbox"/> Áp xe <input type="checkbox"/> + Nồng <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Viêm thương cứng mạc <input type="checkbox"/></p> <p>- Giãn lồi <input type="checkbox"/> Tiêu mồng <input type="checkbox"/> Hoại tử <input type="checkbox"/></p> <p>- Chi tiết khác:</p>	<p>- Viêm: + Nốt <input type="checkbox"/> Lan toả <input type="checkbox"/> Áp xe <input type="checkbox"/> + Nồng <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Viêm thương cứng mạc <input type="checkbox"/></p> <p>- Giãn lồi <input type="checkbox"/> Tiêu mồng <input type="checkbox"/> Hoại tử <input type="checkbox"/></p> <p>- Chi tiết khác:</p>
9. Tiền phòng (góc TP)	<p>- Bình thường <input type="checkbox"/> Nồng <input type="checkbox"/> Mát TP <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> - Mủ <input type="checkbox"/> mm Tyndal(+) <input type="checkbox"/></p> <p>- Màng xuất tiết <input type="checkbox"/> - Máu <input type="checkbox"/> mm</p> <p>- Tổn thương khác:</p>	<p>- Bình thường <input type="checkbox"/> Nồng <input type="checkbox"/> Mát TP <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> - Mủ <input type="checkbox"/> mm Tyndal(+) <input type="checkbox"/></p> <p>- Màng xuất tiết <input type="checkbox"/> - Máu <input type="checkbox"/> mm</p> <p>Tổn thương khác:</p>

10. Móng mắt	Nâu xốp <input type="checkbox"/> Xơ teo <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/> Phòi <input type="checkbox"/> Kẹt <input type="checkbox"/>	Nâu xốp <input type="checkbox"/> Xơ teo <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/> Phòi <input type="checkbox"/> Kẹt <input type="checkbox"/>
11. Đòn tử	-Đường kính <input type="checkbox"/> mm -Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> Vị trí dính:..... -Phản xạ: Tốt <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Mất <input type="checkbox"/> -Tổn thương khác:	-Đường kính <input type="checkbox"/> mm -Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> Vị trí dính:..... -Phản xạ: Tốt <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Mất <input type="checkbox"/> -Tổn thương khác:
12. Thuỷ tinh thê	-Bình thường <input type="checkbox"/>	-Bình thường <input type="checkbox"/>
	-Hình thái đặc:.....	-Hình thái đặc:.....
	-Lệch: <input type="checkbox"/>	-Lệch: <input type="checkbox"/>
	-IOL: Cân <input type="checkbox"/> Lệch <input type="checkbox"/> Đục bao sau <input type="checkbox"/> Trong TP <input type="checkbox"/> Trong HP <input type="checkbox"/>	-IOL: Cân <input type="checkbox"/> Lệch <input type="checkbox"/> Đục bao sau <input type="checkbox"/> Trong TP <input type="checkbox"/> Trong HP <input type="checkbox"/>
	-Tổn thương khác:	-Tổn thương khác:
13. Ánh đồng tử	-Hồng <input type="checkbox"/> Xám <input type="checkbox"/> Không soi được <input type="checkbox"/>	-Hồng <input type="checkbox"/> Xám <input type="checkbox"/> Không soi được <input type="checkbox"/>
14. Dịch kính	Sạch <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....	Sạch <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....
15. Đáy mắt	-Gai thị: Không soi được <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Lõm teo gai <input type="checkbox"/> C/D..... Phù gai <input type="checkbox"/> Bạc màu gai thi <input type="checkbox"/> -Võng mạc:	-Gai thị: Không soi được <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Lõm teo gai <input type="checkbox"/> C/D..... Phù gai <input type="checkbox"/> Bạc màu gai thi <input type="checkbox"/> -Võng mạc:
	- Hệ mạch máu:..... Tổn thương khác.....	- Hệ mạch máu:..... Tổn thương khác.....

4.2 Khám bệnh toàn thân :

- Huyết áp..... Nhiệt độ..... Mạch.....

- Nội tiết: Bình thường
Có bệnh

- Tâm thần, thần kinh Bình thường
Có bệnh

- Tuần hoàn Bình thường
Có bệnh

- Hô hấp Bình thường
Có bệnh

- Tiêu hoá Bình thường

- Có bệnh
- Cơ xương khớp Bình thường
Có bệnh
- Tiết niệu, sinh dục Bình thường
Có bệnh
- Khác
-

5.Xét nghiệm:.....

.....

.....

6. Kết luận:

- Chẩn đoán chính:
-
- Chẩn đoán kèm theo :.....
- Chẩn đoán phân biệt (nếu có):
-

7.Tiên lượng:

.....

8 Hướng điều trị:

.....

.....

.....

.....

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

PHẦN THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

PHIẾU PHẪU THUẬT/ THỦ THUẬT

- Ngày phẫu thuật:
 - Phương pháp phẫu thuật:
 - Phương pháp vô cảm:
 - Phẫu thuật viên chính:
 - Phẫu thuật viên phụ:
 - Bác sĩ gây mê hồi sức:

Ngày tháng năm 200....

PHẪU THUẬT VIỆN

Ho tên:

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:
.....
.....

+ Nguyên nhân:
.....
.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:
.....
.....

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Tình trạng người bệnh ra viện:

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

Thị lực ra viện: Không kính: MP:.....MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:.....MT:.....

Có kính: MP:.....MT:.....

+ Hướng điều trị tiếp:

.....
.....

Hồ sơ, phim, ảnh:		Người nhận hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm 20....
Loại	Số tờ	Bác sỹ điều trị	
- X - quang		Họ tên	
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người giao hồ sơ:	
- Xét nghiệm		Họ tên.....	
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên