

Bộ Y tế/ Sở y tế:.....  
 Bệnh viện/trung tâm:.....  
 Khoa:.....  
 Phòng..... Giường.....

**BỆNH ÁN**  
**PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NHI**

Số vào viện:.....  
 Số lưu trữ:.....  
 Mã YT: 42/BV-01

Nội trú ☐ Nội trú ban ngày ☐ Ngoại trú ☐

**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. Họ tên cha/mẹ/người giám hộ:..... 9. Nghề nghiệp: cha/mẹ/người giám hộ:.....  
 10. Đối tượng: 1. BHYT ☐ 2. Thu phí ☐ 3. Miễn ☐ 4. Khác ☐  
 11. BHYT giá trị sử dụng từ ngày..... tháng..... năm..... Số thẻ BHYT      
 12. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:.....

Điện thoại số.....

\* Giấy chứng nhận khuyết tật (KT) a) Không có ☐ b) Có ☐ (Dạng KT:..... Mức độ KT:.....)

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

13. Vào viện:..... giờ..... phút..... ngày...../...../..... 15. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế ☐ 2. Tự đến ☐ 3. Khác ☐  
 14. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu ☐ 2. KKB ☐ 3. Khoa điều trị ☐ - Vào viện do bệnh này lần thứ   
 Khoa..... ng/th/năm..... Số ngày ĐT    
 16. Vào khoa  Giờ..... phút...../...../.....   18. Chuyển viện: 1. Tuyến trên ☐ 2. Tuyến dưới ☐ 3. CK ☐  
 - Chuyển đến.....  
 17. Chuyển  Giờ..... phút...../...../.....   19. Ra viện:..... giờ..... ngày...../...../.....  
 Khoa  Giờ..... phút...../...../.....   1. Ra viện ☐ 2. Xin về ☐ 3. Bỏ về ☐ 4. Đưa về ☐  
 Giờ..... phút...../...../.....   20. Tổng số ngày điều trị.....

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

**MÃ**

21. Nơi chuyển đến:.....      
 22. KKB, Cấp cứu:.....      
 23. Khi vào khoa điều trị.....      
 + Thủ thuật: ☐ + Phẫu thuật: ☐      
 24. Ra viện:.....  
 + Bệnh chính:.....  
 + Bệnh kèm theo:.....      
 + Tai biến:..... + Biến chứng:.....

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

25. Kết quả điều trị.....  
 1. Khỏi ☐ 4. Nặng hơn ☐  
 2. Dỡ, giảm ☐ 5. Tử vong ☐  
 3. Không thay đổi ☐  
 26. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):.....  
 1. Lành tính ☐ 2. Nghi ngờ ☐ 3. Ác tính ☐  
 27. Tình hình tử vong:..... giờ..... phút..... ngày..... tháng..... năm.....  
 1. Do bệnh ☐ 2. Do tai biến điều trị ☐ 3. Khác ☐  
 1. Trong 24 giờ vào viện ☐ 2. Sau 24 giờ vào viện ☐  
 28. Nguyên nhân chính tử vong:.....  
 29. Khám nghiệm tử thi: ☐ 30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:.....

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm.....  
 Trưởng khoa

Họ và tên .....

Họ và tên .....

## A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....

## II. HỒI BỆNH

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

.....

.....

.....

.....

.....

### 2. Tiền sử của mẹ

Tiền sử sản khoa: Sinh ☐ Sớm ☐ Sẩy ☐ Sống ☐

Tuổi của mẹ khi sinh trẻ này:.....

Tình trạng sức khỏe của mẹ khi mang thai:.....

### 3. Tiền sử của con

Con thứ: ..... Tuổi thai:..... tuần (1. Đủ tháng ☐ 2. Non tháng ☐ 3. Già tháng ☐ )

Cân nặng khi sinh: ..... gam (1. Đủ cân ☐ 2. Cân thấp ☐ 3. Rất thấp ☐ ) Tình

trạng khi sinh: 1. Để thường ☐ 2. Forceps ☐ 3. Giác hút ☐ 4. Để chỉ huy ☐ 5. Mổ đẻ ☐ Tình trạng

sau sinh: ..... Tiêm phòng vaccin.....

4. Tiền sử gia đình: Số con trong gia đình.....số trẻ có bất thường .....

Gia đình có người nhiễm chất độc da cam .....

## III. KHÁM BỆNH

1. Thể trạng chung (ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...): .....

.....

Cân nặng:..... kg; Chiều cao:..... cm; Vòng đầu:.....cm.; Nhiệt độ .....°C; Mạch .....lần/ph;  
Huyết áp...../..... mm/ph; Nhịp thở .....lần/ph

### 2. Các cơ quan:

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

.....

.....

.....

.....

.....

2.2. Hệ cơ xương khớp, cột sống (tình trạng cơ, xương, khớp cột sống: hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp..)

.....

.....

.....

.....

.....

2.3. Các chuyên khoa khác (tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục, mắt, tai, mũi, họng, răng,

thóp...)

.....

.....

.....

**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, CAN THIỆP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

**1. Chỉ định điều trị, can thiệp phục hồi chức năng** (bao gồm chỉ định dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế, dụng cụ trợ giúp, chuyển tuyến...)

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Điều trị bệnh lý kèm theo**

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Chế độ chăm sóc người bệnh**

**4. Hội nhập xã hội và khả năng tham gia các hoạt động gia đình, xã hội** (*cải tạo môi trường tiếp cận với trẻ khuyết tật: nhà ở và khả năng thích nghi môi trường sống, các hoạt động hướng nghiệp...*)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 .....

..... Yếu

tổ môi trường và cá nhân .....

.....

### 5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (bao gồm chỉ định dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế, dụng cụ trợ giúp...)

.....

.....

.....

.....

.....

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

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 lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)

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

**1.4. Các chức năng khác** (rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan..... )

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

**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 trẻ 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: .....  
 Phòng .....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 tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN)

..... 2

Chẩn đoán: .....

.....

.....

3. Chỉ 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...)

[illegible]

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ  
(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: .....

[illegible]



