

# BỆNH ÁN MẮT

(Chấn thương)

MS: 21/BV-01  
Số lưu trữ: .....  
Mã YT ..... /210/20.....

Khoa: ..... Giường: .....

## I. HÀNH CHÍNH

- |   |                                 |                          |
|---|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Họ và tên: .....   | 2. Ngày sinh: ...../...../..... | Tuổi: ...../.....        |
| 2. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ   | 4. Nghề nghiệp: .....           | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dân tộc: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | 6. Ngoại kiều: .....            | <input type="checkbox"/> |
| 7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố ..... Xã, phường .....   |                                 |                          |
| Huyện (Quận, thị xã) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tỉnh (thành phố) ..... <input type="checkbox"/>  |                                 |                          |
| 8. Nơi làm việc: ..... 9. Đổi 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 20 ..... Sổ thẻ BHYT: .....  |                                 |                          |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....<br>Số điện thoại liên lạc: .....   |                                 |                          |

## II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện ..... giờ ..... phút ..... ngày ..... / ..... / ..... 13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	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 mấy <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="checkbox"/> ..... Giờ ..... phút ..... / ..... / ..... <input type="checkbox"/>  16. Chuyển khoa <input type="checkbox"/> ..... Giờ ..... phút ..... / ..... / ..... <input type="checkbox"/> ..... Giờ ..... phút ..... / ..... / ..... <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 ..... / ..... / ..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Dưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

20. Nơi chuyển đến: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25. Ra viện + Bệnh chính: ( <i>tổn thương</i> ) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ( <i>nguyên nhân</i> ) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. KKB, Cấp cứu: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Khi vào khoa điều trị: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24. Tổng số lần phẫu thuật: ..... <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị: 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: .....giờ .....phút ..... 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. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

Ngày ..... tháng ..... năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

## A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN: ..... ngày thứ ..... của bệnh

### II. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý (Nguyên nhân, thời gian chấn thương, các phương pháp đã điều trị, diễn biến sau điều trị) .....

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

### 2. Tiền sử:

Bản thân:- Mắt

- Toàn thân.....  
.....

Gia đình:.....

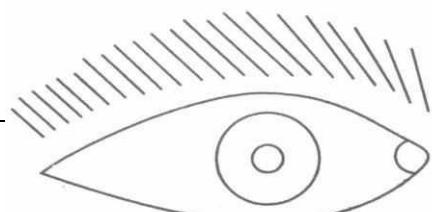
## III. KHÁM BỆNH

### 1. Khám chuyên khoa

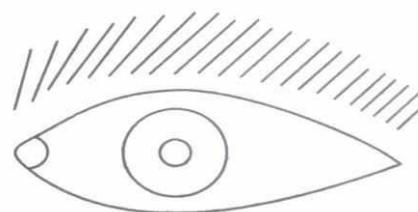
Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhận áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Mắt phải	Mắt trái
<p><b>1. Mi mắt</b> - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> - Sụp mi <input type="checkbox"/> Đô.....</p> <p>- Rách mi: Lớp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dài <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mát tổ chức <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lê quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lê quản <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lê quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/> .....</p> <p>- Các tổn thương khác: .....</p>	<p><b>1. Mi mắt</b> - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> - Sụp mi <input type="checkbox"/> Đô.....</p> <p>- Rách mi: Lớp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dài <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mát tổ chức <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lê quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lê quản <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lê quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/> .....</p> <p>- Các tổn thương khác: .....</p>
<p><b>2. Kết mạc</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> .....Rách KM <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Thiếu máu <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Tổn thương khác .....</p>	<p><b>2. Kết mạc</b> Bình thường <input type="checkbox"/> cương tụ <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> .....Rách KM <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Thiếu máu <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Tổn thương khác .....</p>

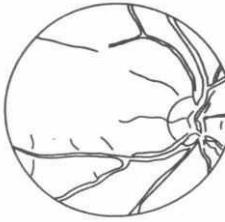
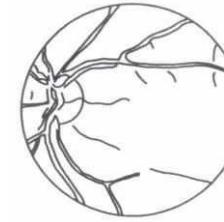
### Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện



### Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện



<p><b>3. Giác mạc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trong <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> ..... Dị vật <input type="checkbox"/> .....</li> <li>- Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/></li> <li>- Ngám máu <input type="checkbox"/> Abces <input type="checkbox"/> Trợt <input type="checkbox"/> Loét <input type="checkbox"/></li> <li>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước ..... vị trí.....</li> <li>Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhở <input type="checkbox"/> Mát tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn <input type="checkbox"/></li> <li>Đã khâu <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu <input type="checkbox"/></li> <li>- Tồn thương khác .....</li> </ul>	<p><b>3. Giác mạc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trong <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> ..... Dị vật <input type="checkbox"/> .....</li> <li>- Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/></li> <li>- Ngám máu <input type="checkbox"/> Abces <input type="checkbox"/> Trợt <input type="checkbox"/> Loét <input type="checkbox"/></li> <li>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước ..... vị trí.....</li> <li>Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhở <input type="checkbox"/> Mát tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn <input type="checkbox"/></li> <li>Đã khâu <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu <input type="checkbox"/></li> <li>- Tồn thương khác .....</li> </ul>
<p><b>4. Cứng mạc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bình thường <input type="checkbox"/> Giãn lồi <input type="checkbox"/></li> <li>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước ..... vị trí.....</li> <li>Đã khâu <input type="checkbox"/> Chura khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/></li> <li>- Tồn thương khác .....</li> </ul>	<p><b>4. Cứng mạc</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bình thường <input type="checkbox"/> Giãn lồi <input type="checkbox"/></li> <li>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước ..... vị trí.....</li> <li>Đã khâu <input type="checkbox"/> Chura khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/></li> <li>- Tồn thương khác .....</li> </ul>
<p><b>5. Tiền phòng</b></p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Chất thải thủy tinh <input type="checkbox"/> Mủ <input type="checkbox"/> ..... Xuất tiết <input type="checkbox"/> ..... Tyndall <input type="checkbox"/> ..... Xuất huyết <input type="checkbox"/> mức độ..... Dị vật <input type="checkbox"/> ..... Tồn thương khác:.....</p>	<p><b>5. Tiền phòng</b></p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Chất thải thủy tinh <input type="checkbox"/> Mủ <input type="checkbox"/> ..... Xuất tiết <input type="checkbox"/> ..... Tyndall <input type="checkbox"/> ..... Xuất huyết <input type="checkbox"/> mức độ..... Dị vật <input type="checkbox"/> ..... Tồn thương khác:.....</p>
<p><b>6. Móng mắt:</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/> Đứt chân móng mắt <input type="checkbox"/>.....Mát móng mắt <input type="checkbox"/> ..... Thủng móng mắt <input type="checkbox"/> ..... <b>Đồng tử:</b> Kích thước.....mm. PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....Giãn liệt <input type="checkbox"/> Ánh đồng tử..... Không quan sát được <input type="checkbox"/></p>	<p><b>6. Móng mắt:</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/> Đứt chân móng mắt <input type="checkbox"/>.....Mát móng mắt <input type="checkbox"/> ..... Thủng móng mắt <input type="checkbox"/> ..... <b>Đồng tử:</b> Kích thước.....mm. PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....Giãn liệt <input type="checkbox"/> Ánh đồng tử..... Không quan sát được <input type="checkbox"/></p>
<p><b>7. Thể thủy tinh:</b> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/> Đã đặt IOL <input type="checkbox"/> ..... Tồn thương khác: .....</p>	<p><b>7. Thể thủy tinh:</b> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/> Đã đặt IOL <input type="checkbox"/> ..... Tồn thương khác: .....</p>
<p><b>8. Dịch kính:</b> Đục dịch kính <input type="checkbox"/> ..... Viêm mủ <input type="checkbox"/> ..... Xuất huyết dịch kính <input type="checkbox"/> ..... Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> ..... Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> ..... Dị vật <input type="checkbox"/> ..... Tồn thương khác: .....</p>	<p><b>8. Dịch kính:</b> Đục dịch kính <input type="checkbox"/> ..... Viêm mủ <input type="checkbox"/> ..... Xuất huyết dịch kính <input type="checkbox"/> ..... Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> ..... Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> ..... Dị vật <input type="checkbox"/> ..... Tồn thương khác: .....</p>
<p><b>9. Võng mạc:</b></p> <p>Hệ mạch:.....Đĩa thị..... Phù <input type="checkbox"/> .....Xuất huyết <input type="checkbox"/> ..... Bong võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> mức độ.....</p>	<p><b>9. Võng mạc:</b></p> <p>Hệ mạch:.....Đĩa thị..... Phù <input type="checkbox"/> .....Xuất huyết <input type="checkbox"/> ..... Bong võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> mức độ.....</p>

Rách vũng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Số lượng ..... Vị trí vết rách .....Hình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước ..... Vị trí ..... Tổn thương khác..... MP 	Rách vũng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Số lượng ..... Vị trí vết rách .....Hình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước ..... Vị trí ..... Tổn thương khác..... MT 
<b>9. Hốc mắt:</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> ..... Dị vật <input type="checkbox"/> ..... Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> ..... <b>Nhân cầu:</b> Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Đô lồi .....	<b>9. Hốc mắt:</b> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> ..... Dị vật <input type="checkbox"/> ..... Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> ..... <b>Nhân cầu:</b> Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Đô lồi .....

## 2. Toàn thân

- Chưa có biểu hiện bệnh lý .....
- Bệnh lý.....  
.....  
.....

Mạch ..... Lần/phút  
Nhiệt độ ..... °C  
Huyết áp ..... mmHg  
Nhịp thở ..... lần/phút  
Cân nặng ..... Kg

## IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

## V. TÓM TẮT :

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

## VI. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính.....  
.....  
.....
- Bệnh kèm theo.....  
.....  
.....
- Phân biệt.....  
.....

## VII. TIỀN LUỢNG:

## VIII. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp.....  
.....

Ngày ..... tháng ..... năm 20 .....

**BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN**

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: phẫu thuật = .....  
Thứ phẫu thuật = .....

<b>Ngày PT</b>	<b>Loại phẫu thuật/ Thủ thuật</b>	<b>Phẫu thuật viên</b>

+ 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:.....  
.....  
.....

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