

BỆNH ÁN MẮT

(Lác, sụp mí)

MS: 25/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT..... /210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

Tuổi

1. Họ và tên:..... 2. Ngày sinh
3. Giới: ☐ Nam ☐ Nữ 4. Nghề nghiệp 5. Dân tộc:..... 6. Ngoại kiều
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường Huyện (Quận, thị xã) Tỉnh (thành phố)
8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐
- 10.BHYT giá trị đến ngày..... tháng năm 20..... Số thẻ BHYT:
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Số điện thoại liên lạc:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện giờ..... phút ngày / /.....	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐT Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>	17. Chuyển viện:1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>	- Chuyển đến
16. Chuyển khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../.....
16. Chuyển khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>	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="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

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

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

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

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện Lác ☐ Sụp mí ☐ Khác ☐

II. Hỏi bệnh

1. Quá trình bệnh lý

- Nguyên nhân : Bẩm sinh ☐
Mắc phải ☐ Từ bao giờ.....
- Triệu chứng chính : Lác trong ☐ Lác ngoài ☐ Lác chéo ☐
Sụp mí ☐ Rung giật nhãn cầu ☐ Khác ☐
- Đã điều trị: Tập nhược thị ☐ Phương pháp
Kết quả: Tốt ☐ Trung bình ☐ Kém ☐
Phẫu thuật ☐ Phương pháp
Kết quả: Tốt ☐ Mổ non ☐ Mổ già ☐

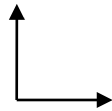
2. Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường ☐ Bệnh lý ☐
- Gia đình: Không ☐ Có ☐

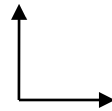
III. Khám bệnh

1. Bệnh chuyên khoa:

- Thị lực vào viện: Không kính: MP: MT.....
Có kính: MP.....MT.....
- Khúc xạ máy : Trước Atropine : MP.....MT.....
Sau Atropine: MP.....MT.....
- Soi bóng đồng tử :
Sau Atropine:



MP

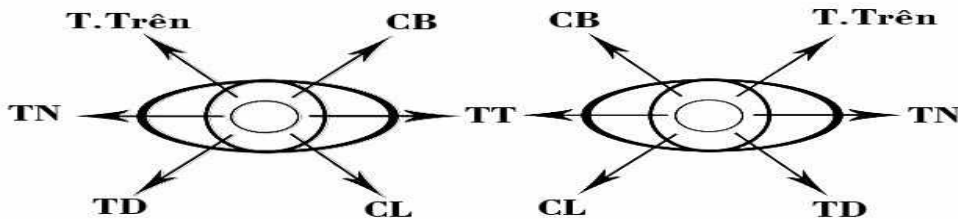


MT

- Vận nhãn ngoại lai:

Gia tăng (+) (++) (+++)

Hạn chế (-) (- -) (---)



- Vận nhãn nội tại: MP Bình thường ☐ Bệnh lý ☐
- MT Bình thường ☐ Bệnh lý ☐
- Điểm cận quy tụ: Bình thường 6- 8 cm Bệnh lý.....
- Rung giật nhãn cầu : Không ☐ Có ☐
- Kiểu RGNC.....

- Góc hãm: Không ☐ Có ☐
- Thử nghiệm che mắt : Trả trong ra ☐ Trả ngoài vào ☐ Trả chéo ☐
- Hình thái và tính chất lác:
-
- Độ lác: Hirschberg: Trước atropine..... Sau atropine.....
 Lăng kính: Trước atropine..... Sau atropine.....
 Nhìn gần:..... Nhìn xa.....
 Nhìn lên..... Nhìn xuống.....
- Hội chứng:
- Synoptophore : Khách quan.....Chủ quan.....
- Tình trạng thị giác hai mắt: Đồng thị ☐ Hợp thị ☐ Phù thị ☐
- Biên độ hợp thị:.....
- Tương ứng võng mạc: Bình thường ☐ Bất bình thường ☐
- Song thị : Không ☐ Có ☐
- Tư thế bù trừ : Không ☐ Có ☐

Khám mắt	Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt - Sụp mi: mức độ - Epicanthus - Chức năng cơ nâng mi - Marcus gunn - Dấu hiệu Bell - Khác	Ý Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý Ý Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 Ý Có <input type="checkbox"/> Không Ý Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém Ý Có <input type="checkbox"/> Không Ý Có <input type="checkbox"/> Không	Ý Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý Ý Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 Ý Có <input type="checkbox"/> Không Ý Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém Ý Có <input type="checkbox"/> Không Ý Có <input type="checkbox"/> Không
2. Kết mạc	Ý Bình thường Ý Bệnh lý	Ý Bình thường Ý Bệnh lý
3. Phần trước nhãn cầu	Ý Bình thường Ý Bệnh lý	Ý Bình thường Ý Bệnh lý
4. Phần sau nhãn cầu và đáy mắt Định thị	Ý Bình thường Ý Bệnh lý Ý Trung tâm <input type="checkbox"/> Cận tâm Ý Ngoại tâm	Ý Bình thường Ý Bệnh lý Ý Trung tâm <input type="checkbox"/> Cận tâm Ý Ngoại tâm

2. 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:.....

IV. Các xét nghiệm cần làm:

V. Chẩn đoán

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

VI. Điều trị

- Phương pháp chính:
-
- Chế độ ăn uống.....
- Chế độ chăm sóc.....

VII.Tiên lượng:.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ 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 ☐ - 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 : MPMT.....

+ **Hướng điều trị tiếp:**
.....
.....

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

