

BỆNH ÁN MẮT
(Đáy mắt)

MS: 23/BV-01
Số lưu trữ:.....
Mã YT..... /210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:.....	2. Ngày sinh <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	4. Nghề nghiệp:.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dân tộc:..... <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Ngoại kiều:.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường		
Huyện (Quận, thị xã) <input type="text"/> <input type="text"/> Tỉnh (thành phố) <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nơi làm việc:.....		
9. Đối 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..... 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 / /..... 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="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐT <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện:1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Ra viện.....giờ.....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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện + Bệnh chính: (tổn thương) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (nguyên nhân)..... <input type="text"/> <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"/>	+ Bệnh kèm theo..... <input type="text"/> <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"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- 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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/>	
24. Tổng số lần phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/>	

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm 20.....
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.....
.....
.....

2. Tiền sử:

Bản thân:.....
.....
Gia đình:.....

III. KHÁM BỆNH

1. Khám chuyên khoa

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

Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt Bình thường <input type="checkbox"/> Phù nề <input type="checkbox"/> Phản ứng thể mi <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác.....	1. Mi mắt Bình thường <input type="checkbox"/> Phù nề <input type="checkbox"/> Phản ứng thể mi <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác.....
2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ nông <input type="checkbox"/> Cương tụ sâu <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/>Sẹo KM <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:.....	2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ nông <input type="checkbox"/> Cương tụ sâu <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/>Sẹo KM <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:.....
3. Giác mạc - Trong <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> - Tủa mắt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa mờ cừu <input type="checkbox"/> Tủa sắc tố <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> Vị trí tủa: - Sẹo GM <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác	3. Giác mạc - Trong <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> - Tủa mắt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa mờ cừu <input type="checkbox"/> Tủa sắc tố <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> Vị trí tủa: - Sẹo GM <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác
4. Củng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Sẹo CM <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác:	4. Củng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Sẹo CM <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác:
5. Tiền phòng Sâu sạch <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Độ.....	5. Tiền phòng Sâu sạch <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Xuất huyết tiền phòng <input type="checkbox"/> Độ.....

Mủ, xuất tiết <input type="checkbox"/> Mức độ..... Tyndall <input type="checkbox"/> Độ Góc tiền phòng: Dính <input type="checkbox"/> Sắc tố <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....	Mủ, xuất tiết <input type="checkbox"/> Mức độ..... Tyndall <input type="checkbox"/> Độ Góc tiền phòng: Dính <input type="checkbox"/> Sắc tố <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....
6. Mống mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/> Tân mạch mống mắt <input type="checkbox"/>Hạt Koeppi <input type="checkbox"/> Hạt Busaca <input type="checkbox"/> Đồng tử: Ánh đồng tử..... Kích thước mm. Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí..... PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:	6. Mống mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/> Tân mạch mống mắt <input type="checkbox"/>Hạt Koeppi <input type="checkbox"/> Hạt Busaca <input type="checkbox"/> Đồng tử: Ánh đồng tử..... Kích thước mm. Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí..... PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:
7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục võ T3 <input type="checkbox"/> Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/> Dính sắc tố mặt trước thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:	7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục võ T3 <input type="checkbox"/> Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/> Dính sắc tố mặt trước thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:
8. Dịch kính: Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ..... Viêm mủ <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....	8. Dịch kính: Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ..... Viêm mủ <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....
9. Vồng mạc: Hệ mạch: Bình thường <input type="checkbox"/> Tắc ĐM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> mi VM <input type="checkbox"/> Tắc TM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> phù <input type="checkbox"/> thiếu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <input type="checkbox"/> Viêm mao mạch <input type="checkbox"/> Tân mạch vồng mạc <input type="checkbox"/> Tân mạch hắc mạc: dưới HĐ <input type="checkbox"/> ngoài HĐ <input type="checkbox"/> Địa thị: Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/> Bạc màu <input type="checkbox"/> Tân mạch gai <input type="checkbox"/> <1/4 gai <input type="checkbox"/> 1/4 -1/2gai <input type="checkbox"/> > 1/2 gai <input type="checkbox"/> Hoàng điểm: Bình thường <input type="checkbox"/> Mất ánh HĐ <input type="checkbox"/> Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/> Lỗ: Độ..... lỗ lóp <input type="checkbox"/> giả lỗ <input type="checkbox"/> Sẹo HĐ có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> Thoái hóa VM: chu biên <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/> Hình thái thoái hóa: Xuất huyết: VM nông <input type="checkbox"/> VM sâu <input type="checkbox"/> Hắc mạc <input type="checkbox"/> Xuất tiết : Cứng <input type="checkbox"/> Dạng bông <input type="checkbox"/> Bong thanh dịch <input type="checkbox"/> Bong BMST <input type="checkbox"/>	9. Vồng mạc: Hệ mạch: Bình thường <input type="checkbox"/> Tắc ĐM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> mi VM <input type="checkbox"/> Tắc TM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> phù <input type="checkbox"/> thiếu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <input type="checkbox"/> Viêm mao mạch <input type="checkbox"/> Tân mạch vồng mạc <input type="checkbox"/> Tân mạch hắc mạc: dưới HĐ <input type="checkbox"/> ngoài HĐ <input type="checkbox"/> Địa thị: Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/> Bạc màu <input type="checkbox"/> Tân mạch gai <input type="checkbox"/> <1/4 gai <input type="checkbox"/> 1/4 -1/2gai <input type="checkbox"/> > 1/2 gai <input type="checkbox"/> Hoàng điểm: Bình thường <input type="checkbox"/> Mất ánh HĐ <input type="checkbox"/> Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/> Lỗ: Độ..... lỗ lóp <input type="checkbox"/> giả lỗ <input type="checkbox"/> Sẹo HĐ có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> Thoái hóa VM: chu biên <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/> Hình thái thoái hóa: Xuất huyết: VM nông <input type="checkbox"/> VM sâu <input type="checkbox"/> Hắc mạc <input type="checkbox"/> Xuất tiết : Cứng <input type="checkbox"/> Dạng bông <input type="checkbox"/> Bong thanh dịch <input type="checkbox"/> Bong BMST <input type="checkbox"/>

Ô viêm hắc mạc : Hoạt tính <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Số lượng: Vị trí Bong võng mạc <input type="checkbox"/> Mức độ:..... Rách võng mạc <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết rách Hình thái..... Tổn thương phối hợp:..... Bệnh lý khác	Ô viêm hắc mạc : Hoạt tính <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Số lượng: Vị trí Bong võng mạc <input type="checkbox"/> Mức độ:..... Rách võng mạc <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết rách Hình thái..... Tổn thương phối hợp:..... Bệnh lý khác
9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:..... Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....	9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:..... Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....

2. Toàn thân

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

Mạch..... Lần/phút

Nhiệt độ..... ° C

Huyết áp.....mmHg

Nhịp thởlần/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 LƯỢNG.....

VIII. ĐIỀU TRỊ
Phương pháp.....

Ngày.....tháng.....năm20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

