

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường

BỆNH ÁN NGOẠI KHOA

MS: 10/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT / / /

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"/> |
| 3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/> | 4. Nghề nghiệp: |
| 5. Dân tộc: | 6. Ngoại kiều: |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Huyện (Q, Tx) | Xã, phường.....
Tỉnh, thành phố |
| 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 Số thẻ BHYT | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: | Dịch vụ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/>
Khoa <input type="checkbox"/> ng / th / năm <input type="checkbox"/> Số ngày ĐTr <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	- Chuyển đến
16. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/>	18. Ra viện:giờngày/...../..... 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.....

III. CHẨN ĐOÁN

MĀ

20. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB, Cấp cứu:	<input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị.....	<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"/>	
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"/>
25. Ra viện:	
+ Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>)	<input type="text"/> <input type="text"/>
(<i>nguyên nhân</i>):	<input type="text"/> <input type="text"/>
+ Bệnh kèm theo	<input type="text"/> <input type="text"/>
+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:	<input type="text"/> <input type="text"/>
+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:	<input type="text"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<p>26. Kết quả điều trị</p> <p>1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/></p> <p>2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/></p> <p>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.....ph 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"/></p> <p>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: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ngày tháng năm

Trưởng khoa

Giám đốc bệnh viện

Họ và tên

Ho và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:

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

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (*phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv...*)

.....
.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu		Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng		(dị nguyên)	04	- Thuốc lá		
02	- Ma tuý			05	- Thuốc lào		
03	- Rượu bia			06	- Khác		

+ Gia đình: (*Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v..*).

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v)

Mạch.....	<i>lần/ph</i>
Nhiệt độ.....	<i>°C</i>
Huyết áp	<i>/ mmHg</i>
Nhip thở.....	<i>lần/ph</i>
Cân nặng.....	<i>kg</i>

2. Bệnh ngoại khoa:

3. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

+ Thần Kinh:

+ Cơ- Xương- Khớp:

+ Tai- Mũi- Họng:

+ Răng- Hàm- Mặt:

+ Mắt:

+ Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

+ Bệnh chính:

+ Bệnh kèm theo (*nếu có*):

+ Phân biệt:

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

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 kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

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

3. Phương pháp điều trị:

.....
.....

- Phẫu thuật

- Thủ thuật

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

5. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....
.....

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

Người nhận hồ sơ:

Họ tên.....

Họ tên

