

BỆNH ÁN MẮT

(Glôcôm)

MS: 24/BV-01

Số lưu trữ:.....
Mã YT...../210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. Họ và tên:..... | 2. Ngày sinh:/...../..... | Tuổi:/..... |
| 1. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | 4. Nghề nghiệp:..... | <input type="checkbox"/> 5. |
| Dân tộc:..... | 6. Ngoại kiều:..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường | | |
| Huyện (Quận, thị xã) Tỉnh (thành phố)..... | | <input type="checkbox"/> |
| 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 / /	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="checkbox"/>
15. Vào khoa <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
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.....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/.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

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

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong:giờ.....phútNgày.....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"/>
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"/>	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <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 đi khám:

1. Nhức mắt:

dữ dội vừa nhẹ không

2. Nhìn: mờ đột ngột mờ từng lúc sương mù không mờ
 mờ tăng dần nhìn thu hẹp quang tán sắc

3. Sợ ánh sáng, chảy nước mắt: có không

4. Đỏ mắt: có không

5. Toàn thân: đau đầu nôn buồn nôn không

6. Các triệu chứng khác:

II. Quá trình bệnh lý

1. Thời gian xuất hiện bệnh:

2. Cơ sở y tế đã khám và điều trị: Huyện Tỉnh Trung ương Khác

3. Phương pháp đã điều trị: Phẫu thuật Thuốc Laser

4. Phẫu thuật, thủ thuật đã thực hiện:

	Mắt phải				Mắt trái			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Loại phẫu thuật								
Thủ thuật	1.cắt bì CGM 2. cắt bì+CCH 3. cắt CMS 4. cắt CCM+CCH 5. cắt MM ngoại vi 6. van dẫn lưu 7. quang đông TM 8. lạnh đông TM 9. sửa seo bọng 10. kẹt củng mạc 11.Laser MM ngoại vi 12. Laser tạo hình MM 13.Laser tạo hình bì 14. Khác (CB+TTT; CB+CDK-BVM...)							
Thời điểm p.thuật								
Nơi phẫu thuật	1. bệnh viện huyện 2. bệnh viện tỉnh 3. bệnh viện trung ương 4. nơi khác							

5. Thuốc hạ nhãn áp đã dùng: uống tra mắt tiêm
 1 thuốc 2 thuốc 3 thuốc 4 thuốc

Mắt	Tên thuốc	Liều dùng	Thời gian đã dùng	Ghi chú (lí do thay cắt thuốc)

6. Các thuốc khác:

.....

7. Tiến trình điều trị:

.....

III. Tiền sử các bệnh mắt khác

Cận thị Viễn thị Chấn thương Viêm màng bồ đào

Viêm phàn trước nhãn cầu Tắc TMTTVM Đã PT mắt:

Bệnh khác:

Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. *Tên thuốc:*

- Thời gian sử dụng:

- Đường dùng: Tra mắt Tiêm mắt Toàn thân

- Theo chỉ định của bác sĩ Bệnh nhân tự dùng thuốc

VI. Tiền sử bệnh toàn thân

Tim mạch Huyết áp (cao, thấp) Đái đường

Y Rò động mạch cảnh - xoang hang

Bệnh khác:

V. Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình

Y Ông, bà

bố, mẹ

Y Anh, chị, em

cô, dì, chú, bác

VI. Khám bệnh

1. Khám mắt

	Mắt phải	Mắt trái
1. Thị lực vào viện Không kính Có kính
2. Nhấn áp (Maclakov, Goldmann) mmHg mmHg
3. Mi mắt: - Sung nề - Khác	Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không
4. Kết mạc - Cương tụ - Sẹo mổ cũ - Bọng dò	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí..... Y tốt <input type="checkbox"/> dẹt <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí..... Y tốt <input type="checkbox"/> dẹt <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát
5. Giác mạc - Tình trạng trong suốt - Phù nè, bọng biểu mô - Độ dày giác mạc - Tủa (số lượng, vị trí) - Đường kính giác mạc	Y trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ.....	Y trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ.....
6. Củng mạc - Dãn lồi - Sẹo mổ	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí.....	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có vị trí.....
7. Tiền phòng - Độ sâu (p.p Smith) - P.p Herickmm <1/4. 1/4.1/2. \geq GMmm <1/4. 1/4.1/2. \geq GM
8. Góc tiền phòng		
Dấu hiệu khác:
9. Móng mắt - Màu sắc - Tình trạng thoái hoá - Tân mạch Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... Y Có <input type="checkbox"/> Không
10. Đồng tử - Đường kính - Viền sắc tố - Phản xạ	Y tròn <input type="checkbox"/> méo Y bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất	Y tròn <input type="checkbox"/> méo Y bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất
11. Thể thủy tinh	Y trong <input type="checkbox"/> đục Y nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ	Y trong <input type="checkbox"/> đục Y nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ
12. Dịch kính
13. Đáy mắt - Võng mạc - Hoàng điểm - Tân mạch - Xuất huyết Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không

14. Đĩa thị giác	<p>- Viền thần kinh</p> <p>- Mầu sắc</p> <p>- C/D</p> <p>- Mạch máu</p> <p>- Xuất huyết</p> <p>- Teo cạnh gai</p>	<p>Y bình thường <input type="checkbox"/> bất thường (<input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> chuyển hướng <input type="checkbox"/> gấp góc</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p>Y bình thường <input type="checkbox"/> bất thường (<input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> chuyển hướng <input type="checkbox"/> gấp góc</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p>
15. Vận nhãn, lác
16. Nhãn cầu	Y bình thường <input type="checkbox"/> dãn lồi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ	Y bình thường <input type="checkbox"/> dãn lồi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ	Y bình thường <input type="checkbox"/> dãn lồi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ
17. Hốc mắt

2. Toàn thân

- Huyết áp Nhiệt độ Mạch
- Nội tiết bình thường
- Tâm thần, thần kinh Y có bệnh
- Tuần hoàn: bình thường
- Hô hấp bình thường
- Tiêu hoá: bình thường
- Cơ - xương - khớp: bình thường
- Tiết niệu, sinh dục bình thường
- Khác: bình thường

VII. Các xét nghiệm cần làm:

VIII. Chẩn đoán:

1. Bệnh chính

- Mắt phải:
- Mắt trái:

2. Bệnh kèm theo:

MP

MT

3. Bệnh toàn thân:

XI. Chỉ định điều trị:

X. Tiên lượng:

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

- Mắt phải Mã bệnh □□□□

- Mắt trái Mã bệnh □□□□

2. Phương pháp điều trị:

✓ Phẫu thuật:

✓ Laser:

✓ Thuốc:

3. Tình trạng ra viện

- Mắt phải:

.....

- Mắt trái:

.....

Thị lực ra viện: không kính: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện MPmmHg
có kính: MP:..... MT:..... MT:mmHg

4. Hướng điều trị tiếp theo

✓ Theo dõi:

.....

✓ Phẫu thuật:

.....

✓ Laser:

.....

✓ Thuốc:

.....

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