

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa:Giường:.....

BỆNH ÁN SƠ SINH

MS: 06/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên(In hoa): 2. Sinh ngày:
3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☐
4. Họ tên mẹ: Sinh ngày:
Nghề nghiệp: Đẻ lần mấy:
5. Họ tên bố: Sinh ngày:
Nghề nghiệp: 6. Dân tộc: 7. Ngoại kiều:
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
9. Nhóm máu mẹ: 10. Tiền thai (Para) (Sinh (đủ tháng), Sớm (thiếu tháng), Sẩy (nạo, hút), Sổng)
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
Điện thoại số.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph 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 ng / th / năm Sơ ngày ĐTr	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="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>
..... Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: 21. KKB, Cấp cứu: 22. Khi vào khoa điều trị..... + Thủ thuật sau sinh <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật sau sinh <input type="checkbox"/>	23. Ra viện: + Bệnh chính: + Bệnh kèm theo + Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>
---	---

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tỹnh <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph 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. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 27. Nguyên nhân chính tử vong: 28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
---	---

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

II. Hỏi bệnh: (diễn biến bệnh của sơ sinh)

a. Tình hình sản phụ trong khi đẻ:

- Ổi vỡ giờ phút ngày /...../.....

- Màu sắc:

Cách đẻ: 1. Đẻ thường ☐ 2. Can thiệp ☐ lúc giờ phút ngày/...../.....

Lý do can thiệp:

b. Tình trạng sơ sinh khi ra đời: 1. Khóc ngay ☐ 2. Ngủ ☐ 3. Khác ☐

Họ tên, chức danh người đỡ đẻ, phẫu thuật:

Apgar 1 phút 5 phút 10 phút Cân nặng (g)

Tình trạng dinh dưỡng sau sinh:

c- Phương pháp hồi sinh ngay sau đẻ:

TT	Phương pháp	TT	Phương pháp
1	Hút dịch	4	Đặt nội khí quản
2	Xoa bóp tim	5	Bóp bóng O ₂
3	Thở O ₂	6	Khác

III. Khám bệnh: Họ tên, chức danh người chuyển sơ sinh:

1. Toàn thân: - Dị tật bẩm sinh: ☐ - Có hậu môn: ☐

Cụ thể dị tật:

- Tình hình sơ sinh khi vào khoa:

Cân.....gr

Chiều dài.....cm

Vòng đầu.....cm

+ Tình trạng toàn thân:

Nhiệt độ.....⁰C

Nhịp thở.....lần /phút

+ Màu sắc da : 1. Hồng hào ☐ 2. Xanh tái ☐ 3. Vàng ☐ 4. Tím ☐ 5. Khác ☐

2. Các cơ quan khác:

- Hô hấp:

+ Nhịp thở :.....lần/ phút .

+ Nghe phổi

+ Chỉ số Silverman Điểm

Điểm	Sự dẫn nở lồng ngực	Co kéo cơ liên sườn	Co kéo mũi ức	Đập cánh mũi	Rên rỉ
0	Điều hoà	Không	Không	Không	Không
1	Xê dịch nhịp thở với di động bụng	Có ít	Có ít	Nhẹ	Nghe bằng ống nghe
2	Không di động ngực bụng	Thấy rõ	Thấy rõ	Rõ	Tai thường nghe rõ

- Tim mạch : Nhịp tim.....lần/ phút .

- Bụng:

- Cơ quan sinh dục ngoài:
- Xương khớp:
- Thần kinh: + Phản xạ:
- + Trương lực cơ:

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:.....

.....

.....

4. Tóm tắt bệnh án :

.....

.....

.....

5. Chỉ định theo dõi:

.....

.....

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:.....

.....

.....

.....

.....

4. Tình trạng sơ sinh 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 Họ tên.....
------------------	--------------------------------------	--

