

Sở Y tế:

MS: 03/BV-01

Bệnh viện:

BÊNH ÁN TRUYỀN NHIỄM

Số lưu trữ:

Khoa: Giường:

Mā YT/...../...../.....

L. 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"/>	<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:	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Huyện (Q, Tx)	Xã, phường..... Tỉnh, thành phố	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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 ngàytháng..... năm.....Số thẻ BHYT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:	Điện thoại số	

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.Cáp cáu <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 Số ngày ĐTr		
15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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	
18. Ra viện: giờ ngày/...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2.Xin về <input type="checkbox"/> 3.Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Dura về <input type="checkbox"/>	
19. Tổng số ngày điều trị.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

III. CHẨN ĐOÁN

MA

MA

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

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<p>24. 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>25. 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>26. 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. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/></p> <p>27. Nguyên nhân chính tử vong:</p>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
	<p>29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:</p>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên
.....

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

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

II. Hồi bệnh:

I. 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..*).

.....
.....

3. Dịch tễ:

- Bệnh cấp tính đang lưu hành ở:

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh:

..... Thời gian:.....

- Môi sinh (*bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương*).

.....
.....

III-Khám bệnh:

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

.....	Mạch lằn/ph
.....	Nhiệt độ °C
.....	Huyết áp / mmHg
.....	Nhịp thở lằn/ph
.....	Cân nặng kg

2. 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:
-

- 3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:**
-
-
- 4. 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.....