

BỆNH ÁN MẮT

(Chấn thương)

MS: 21/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT..... /210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:..... 2. Ngày sinh Tuổi
2. Giới: ☐ Nam ☐ Nữ 4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc:..... 6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
Huyện (Quận, thị xã) Tỉnh (thành phố).....
8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐
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"/> 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> khoa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <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"/> 21. KKB, Cấp cứu..... <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"/> - 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"/> <input type="text"/> 24. Tổng số lần phẫu thuật: <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"/> + Bệnh kèm theo..... <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"/> + Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <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 (Nguyên nhân, thời gian chấn thương, các phương pháp đã điều trị, diễn biến sau điều trị)

.....

.....

2. Tiền sử:

Bản thân:- Mắt

- Toàn thân.....

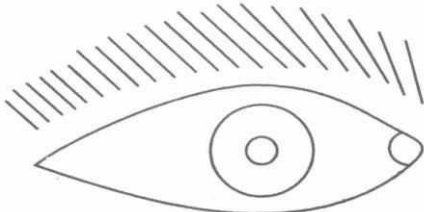
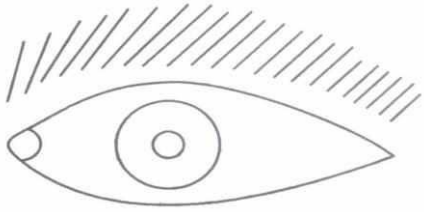
.....

Gia đình:.....

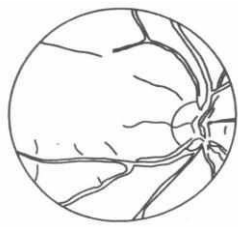
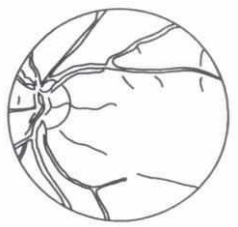
III. KHÁM BỆNH

1. Khám chuyên khoa

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

Mắt phải	Mắt trái
<p>1. Mi mắt - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/></p> <p>- Sụp mi <input type="checkbox"/> Độ.....</p> <p>- Rách mi: Lốp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/></p> <p>Chưa khâu <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lệ quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/></p> <p>- Các tổn thương khác:</p>	<p>1. Mi mắt - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/></p> <p>- Sụp mi <input type="checkbox"/> Độ.....</p> <p>- Rách mi: Lốp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/></p> <p>Chưa khâu <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lệ quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/></p> <p>- Các tổn thương khác:</p>
<p>2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/>Rách KM <input type="checkbox"/></p> <p>Thiếu máu <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác</p>	<p>2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> cương tụ <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/>Rách KM <input type="checkbox"/></p> <p>Thiếu máu <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác</p>
<p>Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện</p> <div></div>	<p>Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện</p> <div></div>

<p>3. Giác mạc</p> <p>- Trong <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>- Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/></p> <p>- Ngấm máu <input type="checkbox"/> Abces <input type="checkbox"/> Trợt <input type="checkbox"/> Loét <input type="checkbox"/></p> <p>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí.....</p> <p>Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhở <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn <input type="checkbox"/></p> <p>Đã khâu <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu <input type="checkbox"/></p> <p>- Tổn thương khác</p>	<p>3. Giác mạc</p> <p>- Trong <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>- Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/></p> <p>- Ngấm máu <input type="checkbox"/> Abces <input type="checkbox"/> Trợt <input type="checkbox"/> Loét <input type="checkbox"/></p> <p>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí.....</p> <p>Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhở <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn <input type="checkbox"/></p> <p>Đã khâu <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu <input type="checkbox"/></p> <p>- Tổn thương khác</p>
<p>4. Củng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Giãn lồi <input type="checkbox"/></p> <p>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí.....</p> <p>Đã khâu <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/></p> <p>- Tổn thương khác</p>	<p>4. Củng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Giãn lồi <input type="checkbox"/></p> <p>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí.....</p> <p>Đã khâu <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/></p> <p>- Tổn thương khác</p>
<p>5. Tiền phòng</p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Chất thể thủy tinh <input type="checkbox"/></p> <p>Mủ <input type="checkbox"/> Xuất tiết <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/> mức độ.....</p> <p>Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:.....</p>	<p>5. Tiền phòng</p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Chất thể thủy tinh <input type="checkbox"/></p> <p>Mủ <input type="checkbox"/> Xuất tiết <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/> mức độ.....</p> <p>Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:.....</p>
<p>6. Mống mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Đứt chân mống mắt <input type="checkbox"/>.....Mất mống mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Thủng mống mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Đồng tử: Kích thước.....mm. PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....Giãn liệt <input type="checkbox"/></p> <p>Ánh đồng tử..... Không quan sát được <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Mống mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Đứt chân mống mắt <input type="checkbox"/>.....Mất mống mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Thủng mống mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Đồng tử: Kích thước.....mm. PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....Giãn liệt <input type="checkbox"/></p> <p>Ánh đồng tử..... Không quan sát được <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/></p> <p>Viêm mủ <input type="checkbox"/> Đã đặt IOL <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>	<p>7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/></p> <p>Viêm mủ <input type="checkbox"/> Đã đặt IOL <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>
<p>8. Dịch kính: Đục dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết dịch kính <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:.....</p>	<p>8. Dịch kính: Đục dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết dịch kính <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:.....</p>
<p>9. Vỡng mạc:</p> <p>Hệ mạch:.....Đĩa thị.....</p> <p>Phù <input type="checkbox"/>Xuất huyết <input type="checkbox"/></p> <p>Bong võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> mức độ.....</p>	<p>9. Vỡng mạc:</p> <p>Hệ mạch:.....Đĩa thị.....</p> <p>Phù <input type="checkbox"/>Xuất huyết <input type="checkbox"/></p> <p>Bong võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> mức độ.....</p>

Rách võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết ráchHình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước Vị trí Tổn thương khác..... MP 	Rách võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết ráchHình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước Vị trí Tổn thương khác..... MT 
9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nhãn cầu: Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi	9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nhãn cầu: Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi

2. Toàn thân

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

Mạch..... **Lần/phút**
Nhiệt độ..... **° C**
Huyết áp..... **mmHg**
Nhịp thở..... **lần/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.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

.....

+ Nguyên nhân:

1. Nguyen Minh.

.....

Quá trình điều trị:

.....

.....

1. I have checked, and checked: ☐ I have checked: ☐ I have checked: ☐

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên
---------	----------------------------	-----------------

Ngày PT

Loại phẫu thuật/ Thủ thuật

Phẫu thuật viên

[illegible][illegible]

[illegible]

7. Tham trạng người bệnh ra viện:

.....

Thi hơu miên: Kh ên l ớ k:	MD:	MT:	Nh ữ ớ k miên:	MD:	MT:
----------------------------	-----	-----	----------------	-----	-----

Thị tộc ra viện: Không kinh: MIMI Nhân áp ra viện: MI :MI :.....

1. Hướng điều trị tiên:

Figure 8: $\log_{10}(\text{SNR})$ vs. $\log_{10}(\text{SNR})$ for $\alpha = 0.5$ and $\beta = 0.5$.

.....

Người nhận hồ sơ: *Ngày.....tháng.....năm 20.....*

Hồ sơ, phim, ảnh:

Người nhận hồ sơ:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Loại

Số tờ

- X - quang

- CT Scanner

- Siêu âm

- Xét nghiệm

- Khác

- Toàn bộ hồ sơ

Họ tên

Người giao hồ sơ:

Họ tên.....

Họ tên

Bác sỹ điều trị