

Sở Y tế: .....  
Bệnh viện: .....  
Khoa: ..... Giường.....

# BỆNH ÁN TAI - MŨI - HỌNG

MS: 14/BV-01  
Số lưu trữ: .....  
Mã YT ...../...../...../.....

## I. HÀNH CHÍNH:

- |   |  |
|---|--|
| 1. Họ và tên (In hoa): .....  | 2. Sinh ngày: <input type="text"/> |
| 3. Giới:      1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>  | 4. Nghề nghiệp: .....  |
| 5. Dân tộc: .....   | 6. Ngoại kiều: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| 7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố .....  | Xã, phường.....  |
| Huyện (Q, Tx) .....   | 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"/> <input type="text"/> |  |
| 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....  | Điện thoại số <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |

## 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 cũn <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 Số ngày ĐTr	17. Chuyên 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...../...../.....	- Chuyên đến .....  .....
16. Chuyên Khoa <input type="checkbox"/> .....Giờ.....phút...../...../.....	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"/>
<input type="checkbox"/> .....Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị.....

### **III. CHẨN ĐOÁN**

<b>III. CHẨN ĐOÁN</b>	<b>MÃ</b>	<b>MÃ</b>
20. Nơi chuyển đến: .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
21. KKB, Cấp cứu: .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
22. Khi vào khoa điều trị: .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
- Tai biến: <input type="text"/> - Biến chứng: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1. Do phẫu thuật      2. Do gây mê      3. Do nhiễm khuẩn      4. Khác	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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"/> <input type="text"/>	
( <i>nguyên nhân</i> ): .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
+ Bệnh kèm theo .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: .....	<input type="text"/> <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. Dỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/></p> <p>3. Không thay đổi <input type="checkbox"/></p>	<p>28. Tình hình tử vong: ..... giờ ..... phút ..... 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>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>29. Nguyên nhân chính tử vong: .....</p> <p>.....</p>	
<p>30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: .....</p> <p>.....</p>	

*Ngày ..... tháng ..... năm .....*

## **Giám đốc bệnh viện**

Trưởng khoa

Ho và tên .....

Ho và tên .....

## A- BỆNH ÁN

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

**II. Hỏi 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 DTr, 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	- Ruou 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 .....	lần/ph
Nhiệt độ .....	°C
Huyết áp .....	/ mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng.....	kg

**2. Bệnh chuyên khoa:** .....

.....  
.....

### Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện

Màng nhĩ phải

Màng nhĩ trái

Mũi Trước

Mũi sau

.....  
.....

Thanh quản

Họng

Cổ nghiêng phải

Cổ nghiêng trái

### 3. Các cơ quan:

- + Tâm thần, thần kinh: .....
- .....
- + Tuần hoàn: .....
- .....
- + Hô hấp: .....
- .....
- + Tiêu hoá: .....
- .....
- + Da và mô dưới da: .....
- .....
- + Cơ -Xương -Khớp: .....
- .....
- .....
- + Tiết niệu- Sinh dục: .....
- .....
- + 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 dẫn 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		Họ tên.....	Họ tên.....

