

BỆNH ÁN MẮT

(Mắt trẻ em)

MS: 26/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/200/.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:..... 2. Ngày sinh Tuổi
1. Giới: ☐ Nam ☐ Nữ 4. Nghề nghiệp:..... 5.
Dân tộc:..... 6. Ngoại kiều:.....
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố X, 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"/>	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"/> khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <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"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

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

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. 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"/>	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"/> 30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <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:

- Nguyên nhân: Bẩm sinh ☐ Mắc phải ☐ Từ bao giờ.....
- Triệu chứng chính: Nhìn mờ ☐ Đau nhức ☐ Đỏ mắt ☐ Chói mắt ☐
- Đã điều trị: Nội khoa ☐ Phẫu thuật ☐

1. Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường ☐ Bệnh lý ☐
- Gia đình: Không ☐ Có ☐
- Tiền sử thai nghén bệnh lý: Không ☐ Có ☐
- Phát triển trí tuệ: Bình thường ☐ Bệnh lý ☐

III. Khám bệnh

1. Bệnh chuyên khoa

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

- Vận nhãn ngoại lai: MP Bình thường ☐ Bệnh lý ☐
- MT Bình thường ☐ Bệnh lý ☐
- Vận nhãn nội tại: MP Bình thường ☐ Bệnh lý ☐
- MT Bình thường ☐ Bệnh lý ☐
- Rung giật nhãn cầu : Không ☐ Có ☐

	Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt <ul style="list-style-type: none"> - Quặm - Epicanthus - Sụp mi - U - Khác 	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không
2. Lệ đạo
3. Kết mạc <ul style="list-style-type: none"> - Cương tụ - Xuất huyết - Xuất tiết - U - Khác 	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không	Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không Y Có <input type="checkbox"/> Không
4. Giác mạc <ul style="list-style-type: none"> - Tình trạng trong suốt 	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Sẹo Y Loạn dưỡng Y Thoái hóa	Y Trong <input type="checkbox"/> Sẹo Y Loạn dưỡng Y Thoái hóa

- Phù nề, bọng biểu mô
- U (vị trí, kích thước)
- Tumor (số lượng, vị trí)

<ul style="list-style-type: none"> - Loét (kích thước, hình dạng, vị trí, bờ...) - Di tật (GM hình chóp, GM nhỏ...) - Đường kính GM - Vùng rìa - Khác 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
5. Cửng mạc <ul style="list-style-type: none"> - Dẫn lỗi - Sẹo mổ - Cương tụ (tỏa lan, khu trú...) - Viêm - Khác 	<p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6. Tiền phòng <ul style="list-style-type: none"> - Độ sâu (p.p Smith) - Tyndall - Mủ - Máu - Góc tiền phòng 	<p>.....mm</p> <p>.....</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>.....</p>	<p>.....mm</p> <p>.....</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>.....</p>
7. Mông mắt, thể mi <ul style="list-style-type: none"> - Màu sắc - Tình trạng thoái hoá - Tân mạch - Cảm giác thể mi - U - Dị dạng 	<p>.....</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p>.....</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Y Có <input type="checkbox"/> Không</p>
8. Đồng tử <ul style="list-style-type: none"> - Đường kính - Viên sắc tố - Phản xạ - Dị dạng 	<p>Y Tròn <input type="checkbox"/> Méo</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Y Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất</p> <p>.....</p>	<p>Y Tròn <input type="checkbox"/> Méo</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Y Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất</p> <p>.....</p>
9. Thể thủy tinh	<p>Y Bình thường</p> <p>Y Đục <input type="checkbox"/> Lệch</p> <p>Y Đục toàn bộ <input type="checkbox"/> Đục nhân</p> <p>Y Đục bao <input type="checkbox"/> Khác</p>	<p>Y Bình thường</p> <p>Y Bệnh lý <input type="checkbox"/> Lệch</p> <p>Y Đục toàn bộ <input type="checkbox"/> Đục nhân</p> <p>Y Đục bao <input type="checkbox"/> Khác</p>
10. Dịch kính	<p>Y Bình thường</p> <p>Y Bệnh lý</p> <p>.....</p>	<p>Y Bình thường</p> <p>Y Bệnh lý</p> <p>.....</p>
11. Đáy mắt <ul style="list-style-type: none"> - Vong mạc - Hoàng điểm - Mạch máu - Đĩa thị - U 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
12. Nhãn cầu	<p>Y Mềm <input type="checkbox"/> Căng <input type="checkbox"/> To</p> <p>Y Nhỏ <input type="checkbox"/> Teo</p>	<p>Y Mềm <input type="checkbox"/> Căng <input type="checkbox"/> To</p> <p>Y Nhỏ <input type="checkbox"/> Teo</p>

2. Toàn thân:

- Huyết áp.....Nhiệt độ.....Mạch.....
- Nội tiết: Bình thường ☐
Bệnh lý ☐
- Tâm thần, thần kinh Bình thường ☐
Bệnh lý ☐
- Tuần hoàn: Bình thường ☐
Bệnh lý ☐
- Hô hấp: Bình thường ☐
Bệnh lý ☐
- Tiêu hoá: Bình thường ☐
Bệnh lý ☐
- Cơ, xương, khớp: Bình thường ☐
Bệnh lý ☐
- Tiết niệu, sinh dục: Bình thường ☐
Bệnh lý ☐
- Khác:.....

IV. Các xét nghiệm cần làm

V. Chẩn đoán

1. Bệnh chính

- Mắt phải:.....
- Mắt trái:.....

2. Bệnh kèm theo:

3. Phân biệt:

VI. Điều trị

1. Phương pháp chính:

2. Chế độ ăn uống:.....

3. Chế độ chăm sóc:.....

VII. Tiên lượng:.....

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

[illegible]

--	--	--	--

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính

+ Lâm sàng:

+ Nguyên nhân:

2. Quá trình điều trị

+ Nội khoa:

+ Phẫu thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Kết quả:

+ Biến chứng/di chứng:

+ Hướng điều trị tiếp:

Người giao hồ sơ:	Người nhận hồ sơ:	<i>Ngày.....tháng.....năm 20.....</i> Bác sỹ điều trị
Họ tên.....	Họ tên	Họ tên

