

BYT/Sở Y tế:
Bệnh viện:**BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**Số ngoại trú:
Số lưu trú:**I. HÀNH CHÍNH:**

1. Họ và tên (*In hoa*): 2. Sinh ngày: / / / / / / Tuổi /
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp: /
5. Dân tộc: / 6. Ngoại kiều: /
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
Huyện (Q, Tx) / Tỉnh, thành phố /
8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
10. BHYT từ ngày tháng năm Số thẻ BHYT / / / / /
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số
.....
12. Đến khám bệnh lúc: giờ phút ngày tháng năm
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: 1. Y té 2. Tự đến
* Giấy CN khuyết tật: a).Không có b). Có (Dạng khuyết tật ; Mức độ KT)

II. LÝ DO VÀO VIỆN:**III. HỎI BỆNH:**

1. Quá trình bệnh lý:
-
-
-
-

2. Tiền sử bệnh:

+ Dị ứng:

+ Bản thân: (chú ý các yếu tố liên quan đến khuyết tật nếu có):

+ Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH:

1. Toàn thân:
-
-
-
-

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ	°C
Huyết áp/.....	mmHg
Nhịp thở	lần/ph
Cân nặng	kg
Chỉ số BMI	

2. Các bộ phận:
-
-

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:

4. Chẩn đoán ban đầu:

5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc):

-

-

6. Chẩn đoán khi ra việnMã

7. Điều trị ngoại trú từ ngày/...../..... đến ngày/...../.....

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm

Bác sỹ khám bệnh

Họ và tên.....

Họ và tên.....

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. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

4. Phương pháp điều trị:

.....
.....
.....
.....

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

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		Người nhận hồ sơ: Họ tên:.....	Họ tên:.....

(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh:Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (*thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại ...*)

.....
.....
.....

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (*mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện - tiểu tiện.*)

.....
.....
.....
.....

1.3. Nhận thức, giao tiếp (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lảng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)*

.....
.....
.....
.....

1.4. Các chức năng khác (*rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan.....*)

.....
.....
.....
.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (*chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội).*

.....
.....
.....
.....

3. Yếu tố môi trường (*Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)*

.....
.....
.....
.....

4. Yếu tố cá nhân (*tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối*

sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...)

.....
.....

Ngày tháng năm

Người thực hiện

(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường

MS:
Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa: Buồng: Giường:

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tồn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN)

2. Chẩn đoán:

3. Chi tiết phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...)

Ngày.....tháng.....năm.....
Bác sĩ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
Buồng Giường

**PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** MS:
Số vào viện
Tờ số:

- Họ tên người bệnh: Năm sinh/ Tuổi: Nam/Nữ.....
 - Khoa: Số buồng: Số giường:
 - Chẩn đoán:

Phụ lục 4:
(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh:Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (*thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp, đi lại....*)

.....
.....
.....
.....

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (*mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện - tiểu tiện.*)

.....
.....
.....
.....

1.3. Nhận thức, giao tiếp (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lảng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...*)

.....
.....
.....
.....

1.4. Các chức năng khác (*rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan.....*)

.....
.....
.....
.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (*chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội*).

.....
.....
.....
.....

3. Yếu tố môi trường (*Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...*)

.....
.....
.....

.....

4. Yêu tố cá nhân (*tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...*)

.....

.....

Ngày tháng năm

Người thực hiện

(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
Buồng Giường

MS:
Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN)

2. Chẩn đoán:

3. Chi tiết phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...)

Ngày.....tháng.....năm.....
Bác sĩ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
Buồng Giường

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT MS:
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Số vào viện

- Họ tên người bệnh: Năm sinh/ Tuổi: Nam/Nữ.....
 - Khoa: Số buồng: Số giường:
 - Chẩn đoán: