

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa: Giường:

BỆNH ÁN RĂNG - HÀM - MẶT

MS: 13/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.....
Huyện (Q, Tx) | Xã, phường.....
Tỉnh, thành phố |
| 8. Nơi làm việc: | 9. Đôi 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.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....phút.....ngày...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tụ điểm <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 <input type="checkbox"/> ng / th / năm Số ngày ĐTr	
15. Vào khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Chuyển Khoa <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Giờ.....phút...../...../.....	<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. Dưa về <input type="checkbox"/>	
19. Tổng số ngày điều trị.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MĀ

MĀ

20. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<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"/> <input type="text"/>
1.Do phẫu thuật 2.Do gây mê 3.Do nhiễm khuẩn	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4.Khác	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(nguyên nhân):	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/>
+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIÊN

<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>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

Ngày tháng năm

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 tuyế̄n 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	- Rượu 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, tuyế̄n 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

Phải

Thẳng

Trái

Hàm trên và Họng

Hàm dưới

Phân loại khe hở
môi vòm miệng

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. Tiêu lượng:

VI. Hướng dẫn điều tri:

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:	Ngày..... tháng..... năm..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang			
- CT Scanner		Họ tên.....	
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên.....

