

Sở Y tế:

MS: 04/BV-01

Bệnh viện:

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

Mã YT/...../.....

BỆNH ÁN PHỤ KHOA**I. HÀNH CHÍNH:**

1. Họ và tên(*In hoa*): Tuổi
 2. Sinh ngày:
 3. Nghề nghiệp:
 4. Dân tộc: 5. Ngoại kiều:
 6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố
 Huyện (Q, Tx) Xã, phường
 7. Nơi làm việc: Tỉnh, thành phố
 8. Đổi tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
 9. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT
 10. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

11. Vào viện: giờ ph ngày / / 12. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	13.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 <input type="checkbox"/>
14. Vào khoa <input type="text"/> Giờ phút / / Khoa <input type="text"/> Giờ phút / / Khoa <input type="text"/> Giờ phút / / Khoa <input type="text"/> Giờ phút / /	16. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến 17. 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"/> 18. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

19. Nơi chuyển đến: 20. KKB, Cấp cứu: 21. Khi vào khoa điều trị: - 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"/> 22. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> 23. Tổng số lần phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/>	24. Ra viện: + Bệnh chính: (<i>tổn thương</i>) (nguyên nhân): + Bệnh kèm theo + Chẩn đoán trước phẫu thuật: + Chẩn đoán sau phẫu thuật:
--	--

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị: 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỗ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 26. Giải phẫu bệnh (<i>khi có sinh thiết</i>): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	27. Tình hình tử vong: giờ ph 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"/> 28. Nguyên nhân chính tử vong: 29. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
--	--

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý:

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (những bệnh đã mắc, dị ứng, thói quen ăn uống, sinh hoạt, thuốc lá, rượu bia, ma tuý, khác....)

+ Gia đình:

3. Tiền sử sản phụ khoa:

- Bắt đầu thấy kinh năm: Tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: Chu kỳ: ngày. Số ngày thấy kinh lượng kinh:

- Kinh lần cuối ngày Đau bụng: Thời gian: 1. Trước 2. Trong 3. Sau

- Lấy chồng năm: tuổi Hết kinh năm: tuổi

- Những bệnh phụ khoa đã điều trị:

4. Tiền sử sản khoa: S S S S

- Tiền thai (Para) (Sinh (*đủ tháng*), Sớm (*đẻ non*), Sẩy (*nạo, hút*), Sóng)

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: da niêm

mạc.....

Mạch lần/ph

Nhiệt độ °C

Hạch:

Huyết áp / mmHg

Vú:

Nhip thở lần/ph

Cân nặng kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Thần kinh:

.....

.....

+ Cơ- Xương- Khớp:

.....

.....

+ Thận- Tiết niệu:

.....

.....

- Khác:

.....

.....

3. Khám chuyên khoa:

a. Khám ngoài

- Các dấu hiệu sinh dục thứ phát:
- Môi lớn:
- Môi bé:
- Âm vật:
- Âm hộ:
- Màng trinh:
- Tầng sinh môn:

b. Khám trong:

- Âm đạo:
- Cổ tử cung:
- Thân tử cung:
- Phản phụ:
- Các túi cùng:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 điều trị:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sĩ 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

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 sĩ điều trị Họ tên.....
-------------------------	---	--

