

Sở Y tế:

Bệnh viện:

Khoa:Giường.....

BỆNH ÁN DA LIỄU

MS: 08/BV-01

Số lưu trữ:

Mã YT/...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tuổi <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Huyện (Q, Tx)	Xã, phường..... 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 Sổ 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.....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"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đên
Khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐTr 15. Vào khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <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"/>
16. Chuyển Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

20. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện: + Bệnh chính:
21. KKB, Cấp cứu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo
22. Khi vào khoa điều trị:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>		

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 25. 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"/>	26. 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.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 27. Nguyên nhân chính tử vong:
	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="checkbox"/>

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện**Trưởng khoa**

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN**I. Lý do vào viện:** Vào ngày thứ của bệnh**II. Hồi 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:

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng <input type="checkbox"/>	(dị nguyên)	04	- Thuốc lá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
02	- Ma tuý <input type="checkbox"/>		05	- Thuốc lào <input type="checkbox"/>	
03	- Rượu bia <input type="checkbox"/>		06	- Khác <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

+ Gia đình:

III. Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch,)

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

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp.....	/.... mmHg
Nhip thở	lần/ph
Cân nặng.....	kg

2. Triệu chứng cơ năng:

.....
.....

3. Thương tổn căn bản: (sơ phát, thứ phát, tính chất, loại phân bố, kích thước, hình dáng, màu sắc vv...)

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

4. Các cơ quan:

- + Tuần hoàn:
- + Hô hấp:
- + Tiêu hoá:
- + Thận -Tiết niệu - sinh dục:
- + Thần kinh ngoại biên:
- + Các cơ quan khác:

5. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

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

6. 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 tri:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Ho và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

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

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cân lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

3. Phương pháp điều trị:

4. Tình trạng người bệnh ra viện:.....

5. Hướng điều tri và các chế độ tiếp theo:

5. Hướng điều tri và các chế độ tiếp theo:.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ	Ngày tháng năm
Loại	Số tờ		Bác sĩ điều trị
- X - quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên

