

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: 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 giá trị đến ngàytháng..... năm.....Số thẻ BHYT
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...../...../..... 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 <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....	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...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....Giờ.....phút...../...../.....	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"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến: <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"/> 22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật 2.Do gây mê 3.Do nhiễm khuẩn 4.Khác 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: (tổn thương) <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"/> + Bệnh kèm theo <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"/> + Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IV. 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"/> 3. Không thay đổi <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 tỹnh <input type="checkbox"/>	28. 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"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Giám đốc bệnh viện Ngày tháng năm
Trưởng khoa

Họ và tên Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v ..).

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, 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 túy			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, tuyến 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. Tiên lượng:
.....

VI. Hướng dẫn điều trị:
.....
.....

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		Người nhận hồ sơ: Họ tên..... Họ tên.....	
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			Họ tên.....

