

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa:Giường.....

BỆNH ÁN UNG BƯỚU

MS: 12/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..... nămSố 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 Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr Giờ.....phút...../...../.....	17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển Khoa 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.....

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: 21. KKB, Cấp cứu: 22. Khi vào khoa điều trị.....T.....N.....M.....giai đoạn..... - 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"/> 23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: 24. Tổng số lần phẫu thuật:	25. Ra viện: + Bệnh chính: T.....N.....M.....giai đoạn..... + Bệnh kèm theo + Chẩn đoán trước phẫu thuật: + Chẩn đoán sau phẫu thuật:
---	--

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. Đờ, 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 tính <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.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong: 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
---	---

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện

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	<i>Ký hiệu</i>			Thời gian (tính theo tháng)	TT	<i>Ký hiệu</i>			Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng			(<i>dị nguyên</i>)	04	- Thuốc lá			
02	- Ma túy				05	- Thuốc lao			
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:

.....

.....

.....

.....

.....

Mạch lần/ph
Nhiệt độ $^{\circ}\text{C}$
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở lần/ph
Cân nặng kg

2. Bộ phận tổn thương:

..... Hình vẽ hoặc ảnh Mô tả tổn thương

3. Các cơ quan:

- + Thần kinh:
-
-
- + T u â n h o à n :
-
-
- + H ô h á p :
-
-
- + Tiêu hoá:
-
-
- + 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 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:

- XN máu: - X quang:

- XN tế bào: - Siêu âm:

- XN BLGP: - Các XN khác:

.....

3. Phương pháp điều trị:

1. Điều trị triệt để: 2. Điều trị triệu chứng:

- Tia xạ tiền phẫu: tại u: Gy Tại hạch:

- Tia xạ đơn thuần: tại u: Gy Tại hạch:

- Phẫu thuật (tên):

- Tia xạ hậu phẫu: tại u: Gy Tại hạch:

- Hoá chất (phác đồ):

Số đợt:

Đáp ứng: 1. Không đáp ứng 2. Bán phần 3. Hoàn toàn

- Điều trị khác:

.....

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

