|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thông Tin Hành chính** | * Ảnh đại diện | | * Mã số hồ sơ: * Họ tên: * Giới tính: * Tuổi: * Ngày Sinh: * Số điện thoại: * Địa chỉ: * Số thẻ bảo hiểm   + Ngày cấp  + Ngày hết hạn |
| **Thông số sức khỏe cơ bản** | * **Nhóm máu** * Chiều cao * Tiền sử dị ứng * Tiền sử bệnh (bệnh mãn tính, bệnh di truyền)   + Bản thân:  + Gia đình: | | |
| **Lịch sử khám**  **bệnh** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Ngày khám | Triệu chứng, bệnh lý | Thông số sức khỏe | Xét nghiệm chỉ định | Chẩn đoán ban đầu | Phương pháp điều trị | Tình trạng điều trị | Hẹn ngày tái khám | Hình thức khám | Bác sĩ điều trị | |  |  | +Mạch  +Nhiệt độ  +Huyết áp  +Nhịp thở  +Cân nặng | Kết quả xét nghiệm được chỉ định (link đến trang hồ sơ) |  | Uống thuốc, phẫu thuật, pp khác (link đến toa thuốc) | đang theo dõi, đang điều trị, kết thúc |  | Online, trực tiếp |  | | | |
| **Lịch sử sử dụng thuốc** | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | STT Toa thuốc | Ngày cấp toa | Bác sĩ kê toa | Ghi chú dị ứng thuốc | Tên thuốc | Liều dùng | Thời gian sử dụng  (ngày bắt đầu – kết thúc sử dụng) | | 1 |  |  |  |  | (1 viên sau buổi sáng) |  | |  |  | (2 viên mỗi ngày) |  | |  |  |  |  | | | |
| **Hồ sơ** | X - quang | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ngày thực hiện | Hình ảnh | Mô tả | Kết luận | Bác sĩ thực hiện | |  |  |  |  |  | | |
| CT Scanner | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ngày thực hiện | Hình ảnh | Mô tả | Kết luận | Bác sĩ thực hiện | |  |  |  |  |  | | |
| Siêu âm | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ngày thực hiện | Hình ảnh | Mô tả | Kết luận | Bác sĩ thực hiện | |  |  |  |  |  | | |
| Nội soi | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ngày thực hiện | Hình ảnh | Mô tả | Kết luận | Bác sĩ thực hiện | |  |  |  |  |  | | |
| Xét nghiệm | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Ngày thực hiện | Yêu cầu xét nghiệm | Kết quả xét nghiêm | Bác sĩ thực hiện | |  |  |  |  | | |
| ... | ... | |