

Họ tên:.....

Ngày sinh:...../...../.....

Giới tính:.....

PID:.....

I. Lý do đến khám/ *Chief complaint:*

.....

.....

.....

II. Bệnh sử/ *Medical History:*

- Bệnh sử hiện tại/ *Current Medical History:*
-
-

III. Tiền sử bệnh/ *Antecedent Medical History:*

- Bản thân/ *Personal:*.....
-
- Đã từng nhiễm COVID-19 trong vòng 6 tháng qua/ *Have been infected with COVID-19 within the last 6 months:* ☐ Có/ *Yes* ☐ Không/ *No*
- Tiền sử tiêm chủng/ *Immunization history:*
- Tiêm vắc xin phòng COVID-19/ *COVID-19 vaccination:*
- ☐ Đã tiêm mũi 1/ *Received 1st dose* ☐ Đã tiêm mũi 2/ *Received 2nd dose*
- ☐ Đã tiêm mũi bổ sung, nhắc lại/ *Received additional, booster dose* ☐ Chưa tiêm/ *Not yet*
- Tiêm vắc xin khác (ghi rõ)/ *Other vaccinations (specify):*
- Gia đình/ *Diseases:*
- Thuốc đang sử dụng/ *Current medications:*

IV. Khám bệnh/ *Physical Examination:*

DẤU HIỆU SINH TỒN/ *VITAL SIGNS*

Nhiệt độ/ <i>Temperature:</i> ⁰ C	Mạch/ <i>Pulse</i> /phút (min)
Cân nặng/ <i>Weight:</i>Kg	Nhịp thở/ <i>Respiratory rate</i>
Chiều cao/ <i>Height:</i>cm	Huyết áp/ <i>Blood Pressure:</i>mmHg
Chỉ số khối cơ thể/ <i>BMI</i> (Kg/m ²)	Độ bão hòa Oxy/ <i>SpO2:</i>%

- Tổng trạng/ *General appearance:*
-
- Hệ tim mạch/ *Cardiovascular system:*
-
- Hệ hô hấp/ *Respiratory system:*
-
- Hệ tiêu hóa/ *Digestive system:*.....

-
- Hệ thần kinh/ *Nervous system*
- Hệ niệu-dục/ *Urogenital system* ☐ Nam/ *Male* ☐ Nữ/ *Female*
.....
- Hệ cơ-xương-khớp/ *Musculoskeletal system*
-
- Tai Mũi Họng/ *Otorhinolaryngology*:
-

❖ Yêu cầu khám chuyên khoa tâm lý/ *Psychological consultation required*: ☐ Không/ *No* ☐ Có/ *Yes*

V. Chỉ định và kết quả xét nghiệm/ *Laboratory indications and results*:

-
.....
- ❖ Khảo sát bổ sung khác/ *Additional investigations*:

VI. Kết luận/ *Conclusion*:

- Chẩn đoán ban đầu/ *Initial diagnosis* (ICD 10):
-
- Chẩn đoán xác định/ *Diagnosis*:
-
- Chẩn đoán phân biệt/ *Differential diagnosis*:
-
- Bệnh kèm theo/ *Associated conditions*:
-
- Kế hoạch điều trị/ *Treatment*:
☐ Ngoại trú/ *Ambulatory care* ☐ Nhập viện/ *Admission* ☐ Chuyển viện/ *Transfer*
 ❖ Yêu cầu ý kiến chuyên khoa/ *Specialized opinion requested*: ☐ Không/ *No* ☐ Có/ *Yes*.
 Nếu có, nêu rõ/ *If yes, specify*:
- Hướng dẫn cụ thể dành cho bệnh nhân/ *Specific education required*:
-
- Hẹn lần khám tới/ *Next Appointment*:

Ngày/ *Date* __ / __ / 20__ Giờ/ *Time* __ : __
Bác sĩ điều trị/ *Primary doctor*
 (Họ tên, chữ ký, MSNV/ *Name, signature & ID*)