

Họ tên người bệnh/ Full Name:

Ngày tháng năm sinh/ DOB:Giới tính/ Gender:

Mã số người bệnh / PID:

I. Lý do đến khám/ Chief complaint:

II. Bệnh sử/ Medical History:

1. Bệnh sử hiện tại/ Current Medical History:

❖ .Thuốc đang sử dụng/ Current medications:

2. Tiền sử bệnh/ Antecedent Medical History:

• Bản thân/ Personal:

• Bệnh lý/ Diseases:

• Phẫu thuật/ Operation:

• Chấn thương/ Trauma:

Quá trình sinh trưởng và phát triển/ Growth and Development:

• Con thứ mấy/ Birth order:

• Phương pháp sanh/ Delivery mode:

Sanh ngã âm đạo/ Vaginal delivery: (Drop Down)

☐ Sanh tự nhiên/ Spontaneous☐ Sanh hút/ Vacuum-assisted☐ Sanh kèm/ Forceps-assisted

C- Sanh mổ/ Section: (Drop Down)

☐ Mổ chương trình/ Elective☐ Mổ cấp cứu/ Emergency

• Cân nặng lúc sinh/ Weight of Birth:

• Dị tật bẩm sinh/ Congenital malformation:

• Phát triển về tinh thần/ Neurological development:

• Phát triển về vận động/ Motor development:

• Chế độ dinh dưỡng/ Regimen:

• Tiêm chủng/ Immunization:

❖ Gia đình/ Family:

III. Khám bệnh/ Physical Examination:

DẤU HIỆU SINH TỒN/ VITAL SIGNS

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

• 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*:
- Hệ da-lông/ *Integumentary system*
- Mắt/ *Ophthalmology*
- Ghi nhận khác/ *Other findings*

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

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

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

V. Kết luận/ *Conclusion*:

- Chẩn đoán ban đầu/ *Initial diagnosis* (ICD 10):
- Chẩn đoán phân biệt/ *Differential diagnosis* (ICD 10):
- 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*)