

Họ tên:.....
Ngày sinh:...../...../.....
Giới tính:.....
PID:.....

Ngày, giờ bắt đầu đánh giá: ____ : ____; Ngày ____ / ____ / 20____
Starting date, time of the assessment

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:
- Gia đình/ Family:
- Tiêm chủng/ Immunization:
- Thuốc đang sử dụng/ Current medications:

IV. Khám bệnh/ Physical examination:

DẤU HIỆU SINH TỒN/ VITAL SIGNS

Nhiệt độ/ Temperature:..... ⁰ C	Mạch/ Pulse: nhịp/phút/bpm
Cân nặng/ Weight:.....kg	Nhịp thở/ Respiratory rate:.....lần/phút/bpm
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:



American
International
Hospital

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ
OUTPATIENT MEDICAL RECORD

• Tai Mũi Họng/ Otorhinolaryngology:

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

❖ Kết quả sàng lọc dinh dưỡng/ Nutrition screening

☐ Không có nguy cơ thiếu dinh dưỡng (<2)
No risk of malnutrition

☐ Có nguy cơ thiếu dinh dưỡng (≥ 2)
Risk of malnutrition

Nếu có, yêu cầu khám chuyên khoa dinh dưỡng: ☐ Có/ Yes

If yes, nutritional consultation required

☐ Không, lý do/ No, reason:

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 (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)

Commented [TPTC1]: Link từ kết quả sàng lọc sinh dưỡng của PHIẾU ĐÁNH GIÁ ĐIỀU DƯỠNG BAN ĐẦU DÀNH CHO BỆNH NGOẠI TRÚ (AIH-FRM-MRD-003)

Commented [TPTC2]: Hiện nội dung này nếu kết quả là Có nguy cơ thiếu dinh dưỡng.

AIH-FRM-MRD-004- Revision Code:01

