

Họ tên:.....

Ngày sinh:...../...../.....

Giới tính:.....

PID:.....

I. Lí do nhập viện/ Reason for admission:

.....

.....

.....

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:

a. 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):

- Thói quen / Habits:

- Hút thuốc lá/ Smoking: ☐ Không/ No ☐ Có, ghi số gói trong năm/ Yes, specify pack years.....

- Uống rượu/ Alcohol: ☐ Không/ No ☐ Có, ghi rõ/ Yes, specify

- Chất gây nghiện/ Drugs: ☐ Không/ No ☐ Có, ghi rõ/ Yes, specify

- Tập thể dục thường xuyên: ☐ Không/ No ☐ Có, ghi rõ/ Yes, specify

Regular physical exercise

- Khác, ghi rõ/ Other, specify:

- Tiền sử dị ứng/ Allergy: ☐ Không/ No ☐ Có, ghi rõ/ Yes, specify

b. Gia đình/ Family:

.....

III. Khám bệnh/ Physical Examination:

DẤU HIỆU SINH TỒN/ VITAL SIGNS

Nhiệt độ/ Temperature: ⁰ C	Nhịp tim/ Heart rate /phút (min)
Cân Nặng/ Weight: Kg	Nhịp thở/ Respiratory rate /phút (min)
Chiều cao/ Height cm	Huyết áp/ Blood PressuremmHg
Chỉ số khối cơ thể/ BMI (Kg/m ²)	Độ bão hòa Oxy/ SpO2:%

- 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*
- 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*:

V. Kết luận/ *Conclusion*:

Chẩn đoán ban đầu/ *Initial diagnosis*:

Chẩn đoán xác định/ *Diagnosis*:

Chẩn đoán phân biệt/ *Differential diagnosis*:

Bệnh kèm theo/ *Associated conditions*:

Kế hoạch điều trị/ *Treatment Plan*:

Kế hoạch xuất viện/ *Discharge plan*:

Ngày/ *Date*: ____ / ____ / 20 ____ ; Giờ/ *Time*: ____ : ____

Họ tên, chữ ký và MSNV của Bác sĩ

Name, signature and ID of Doctor

Excellent Care

