

Sở Y tế: .....  
Bệnh viện: .....  
Khoa: .....Giường:.....

# BỆNH ÁN TAI - MŨI - HỌNG

Số lưu trữ: .....  
Mã YT  
...../...../...../.....

## I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa): ..... 2. Sinh ngày: ..... Tuổi  
3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☐ 4. Nghề nghiệp: .....  
5. Dân tộc: ..... 6. Ngoại kiều: .....  
7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố..... Xã, phường.....  
Huyện (Q, Tx) ..... Tỉnh, thành phố.....  
8. Nơi làm việc: ..... 9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐  
10. BHYT giá trị đến ngày .....tháng..... năm ..... Số thẻ BHYT .....  
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....  
Điện thoại số.....

## II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

|   |   |
|---|---|
| 12. Vào viện: ..... giờ.....ph ..... ngày...../...../.....<br>13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/> | 14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/><br>- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>               |
| 15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ..... ng / th / năm ..... Số ngày ĐTr <input type="text"/><br>Giờ.....phút...../...../.....  | 17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/><br>- Chuyển đến .....  |
| 16. Chuyển <input type="text"/> Khoa ..... Giờ.....phút...../...../.....<br>Giờ.....phút...../...../.....   | 18. Ra viện: ..... giờ ..... ngày ...../...../.....<br>1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/> |
|   | 19. Tổng số ngày điều trị.....  |

## III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

|   |   |
|---|---|
| 20. Nơi chuyển đến: .....<br>21. KKB, Cấp cứu: .....<br>22.Khi vào khoa điều trị.....<br>- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/><br>1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/><br>23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: .....<br>24. Tổng số lần phẫu thuật: ..... | 25. Ra viện:<br>+ Bệnh chính: (tổn thương) .....<br>(nguyên nhân): .....<br>+ Bệnh kèm theo .....<br>+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: .....<br>+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: ..... |
|---|---|

## IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

|   |   |
|---|---|
| 26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/><br>1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/><br>2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/><br>3. Không thay đổi <input type="checkbox"/><br>27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):<br>1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tỹ <input type="checkbox"/> | 28. Tình hình tử vong: ..... giờ.....ph ..... ngày..... tháng ..... năm .....<br>1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/><br>1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/><br>29. Nguyên nhân chính tử vong: .....<br>30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: ..... |
|---|---|

Giám đốc bệnh viện

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Trưởng khoa

Họ và tên .....

Họ và tên .....

**A- BỆNH ÁN**

**I. Lý do vào viện:**..... Vào ngày thứ ..... của bệnh

**II. Hỏi bệnh:**

**1. Quá trình bệnh lý:** (khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v...).

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Tiền sử bệnh:**

+ Bản thân: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v...)

.....

.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

| TT | Ký hiệu    |                          | Thời gian (tính theo tháng) | TT | Ký hiệu     |                          | Thời gian (tính theo tháng) |
|----|------------|--------------------------|-----------------------------|----|-------------|--------------------------|-----------------------------|
| 01 | - Dị ứng   | <input type="checkbox"/> | (dị nguyên)                 | 04 | - Thuốc lá  | <input type="checkbox"/> |                             |
| 02 | - Ma túy   | <input type="checkbox"/> |                             | 05 | - Thuốc lào | <input type="checkbox"/> |                             |
| 03 | - Rượu bia | <input type="checkbox"/> |                             | 06 | - Khác      | <input type="checkbox"/> |                             |

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...). .....

.....

.....

**III-Khám bệnh:**

**1. Toàn thân:** (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

.....

.....

.....

.....

.....

|                |                |
|----------------|----------------|
| Mạch .....     | lần/ph         |
| Nhiệt độ.....  | <sup>0</sup> C |
| Huyết áp ..... | /..... mmHg    |
| Nhịp thở.....  | lần/ph         |
| Cân nặng ..... | .kg            |

**2. Bệnh chuyên khoa:** .....

.....

.....

.....

**Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện**

|               |               |           |         |
|---------------|---------------|-----------|---------|
| Màng nhĩ phải | Màng nhĩ trái | Mũi Trước | Mũi sau |
| .....         | .....         | .....     | .....   |
| .....         | .....         | .....     | .....   |

Thanh quản

Họng

Cổ nghiêng phải

Cổ nghiêng trái

**3. Các cơ quan:**

+ Tâm thần, thần kinh: .....

+ Tuần hoàn: .....

+ Hô hấp: .....

+ Tiêu hoá: .....

+ Da và mô dưới da: .....

+ Cơ -Xương -Khớp: .....

+ Tiết niệu- Sinh dục: .....

+ Khác: .....

**4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:**

**5. Tóm tắt bệnh án: .....**

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

+ Bệnh chính: .....  
+ Bệnh kèm theo (nếu có): .....  
+ Phân biệt: .....

V. Tiên lượng: .....

VI. Hướng dẫn điều trị: .....

Ngày.....tháng.....năm.....  
Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán: .....

.....  
.....  
.....

3. Phương pháp điều trị: .....

.....  
.....

- Phẫu thuật ☐ - Thủ thuật ☐

| Giờ, ngày | Phương pháp phẫu thuật/vô cảm | Bác sỹ phẫu thuật | Bác sỹ gây mê |
|-----------|-------------------------------|-------------------|---------------|
|           |                               |                   |               |
|           |                               |                   |               |
|           |                               |                   |               |

4. Tình trạng người bệnh ra viện.....

5. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:.....

| Hồ sơ, phim, ảnh |       | Người giao hồ sơ: | Ngày.....tháng.....năm.....<br>Bác sỹ điều trị |
|------------------|-------|-------------------|--|
| Loại             | Số tờ |                   |  |
| - X - quang      |       | Họ tên.....       |  |
| - CT Scanner     |       |                   |  |
| - Siêu âm        |       | Người nhận hồ sơ: |  |
| - Xét nghiệm     |       |                   |  |
| - Khác.....      |       |                   |  |
| - Toàn bộ hồ sơ  |       | Họ tên.....       | Họ tên.....                                    |