

Sở Y tế:

Số lưu trữ:

Bệnh viện:

BỆNH ÁN NHI KHOA

Mã YT/...../...../.....

Khoa:Giường.....

I. HÀNH CHÍNH:

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

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

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

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

19. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 21. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	22. Ra viện: + Bệnh chính: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>
--	---

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

23. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 24. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tỹ <input type="checkbox"/>	25. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 26. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 27. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 28. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện**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...)

.....

.....

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

.....

.....

3. Quá trình sinh trưởng:

S S S S

- Con thứ mấy - Tiền thai (Para) ☐☐☐☐ (Sinh (đủ tháng), Sớm (đẻ non), Sẩy (nạo, hút), Sổng)

- Tình trạng khi sinh: 1.Đẻ thường ☐ 2.Forceps ☐ 3.Giác hút ☐ 4.Đẻ phẫu thuật ☐ 5.Đẻ chỉ huy ☐ 6.Khác ☐

- Cân nặng lúc sinh:kg. Dị tật bẩm sinh: ☐ Cụ thể tật bẩm sinh:

.....

- Phát triển về tinh thần:

- Phát triển về vận động:

- Các bệnh lý khác:

- Nuôi dưỡng: 1. Sữa mẹ ☐ 2. Nuôi nhân tạo ☐ 3. Hỗn hợp ☐ - Cai sữa tháng thứ

- Chăm sóc: 1. Tại vườn trẻ ☐ 2. Tại nhà ☐

- Đã tiêm chủng: 1. Lao ☐ 2.Bại liệt ☐ 3.Sởi ☐ 4.Ho gà ☐ 5.Uốn ván ☐ 6.Bạch hầu ☐ 7.Tiêm chủng khác ☐

- Cụ thể những bệnh khác được tiêm chủng:

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...)

- Chiều cao:cm; - Vòng ngực:cm; - Vòng đầu:cm

.....

.....

.....

Mạch lần/ph
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Cân nặng kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

.....

.....

- + Hô hấp:.....
-
-
- + Tiêu hoá:
-
-
- + Thận- Tiết niệu- Sinh dục:
-
-
- + Thần Kinh:
-
-
- + Cơ- Xương- Khớp:.....
-
-
- + Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Dinh dưỡng và các bệnh lý khác:
-
-

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....

.....

4. 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 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:

[illegible]

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

[illegible]

3. Phương pháp điều trị:

[illegible]

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..... 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	