

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa:Giường:.....

BỆNH ÁN
ĐIỀU DƯỠNG VÀ PHỤC HỒI CHỨC
NĂNG

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 ngàytháng..... 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...../...../..... 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"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Giờ.....phút...../...../.....	18. 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"/> 19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: 21. KKB, Cấp cứu: 22. Khi vào khoa điều trị..... + Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	23. Ra viện: + Bệnh chính: + Bệnh kèm theo + Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>
--	---

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. 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"/> 25. 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"/>	26. 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"/> 27. Nguyên nhân chính tử vong: 28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
---	---

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:

.....

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:

.....

3. Những lượng giá chức năng sinh hoạt của người bệnh:

(Ký hiệu vào bảng dưới đây mức độ trợ giúp cho mỗi sinh hoạt, bao gồm các mức độ).

1. Phụ thuộc 2. Trợ giúp trung bình 3. Trợ giúp tối thiểu 4. Chỉ giám sát 5. Độc lập

TT		Ký hiệu	TT		Ký hiệu	TT		Ký hiệu
1.	ăn uống		5	Mặc quần áo		9	Đứng- ngồi	
2	Chải tóc		6	Đi vệ sinh		10	Từ sàn đứng lên	
3	Đánh răng		7	Nằm ngửa-sấp		11	Khả năng di chuyển	
4	Tắm		8	Nằm ngửa-ngồi		12	Dụng cụ trợ giúp	

Khác:

.....

III. Khám bệnh: 1.Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước):

.....

.....

- Cân đối các bộ phận

- Các khuyết tật đặc biệt:

Mạchlần/ph

Nhiệt độ.....⁰C

Huyết áp...../.....mmHg

Nhịp thở.....lần/ph

Chiều cao: cm

Cân nặng: Kg

2. Các cơ quan:

+ Thần kinh: - Vận động..... - Cảm giác

- Phản xạ

- Phản xạ sọ não..... - Rối loạn chức năng:

+ Tuần hoàn: - Nhịp tim

- Tiếng tim

- Rối loạn chức năng tim mạch.....
- + Hô hấp: - Lòng ngực - Thở tích khí:
- Tình trạng bệnh lý..... - Rối loạn chức năng hô hấp:
- + Tiêu hoá: - Tình trạng bệnh lý - Rối loạn chức năng
- + Da và mô dưới da:
- + Khớp - Hình thể các khớp:
- Tầm hoạt động khớp lúc vào viện: lúc ra viện:
- + Cơ: - Tình trạng bệnh lý - Rối loạn chức năng:
- Cơ được thử:..... Bậc thử cơ V ☐ IV ☐ III ☐ II ☐ I ☐
- + Cột sống: - Tình trạng bệnh lý:..... Schober.....
- Stibor:..... Rối loạn chức năng:
- + Tiết niệu-sinh dục:
- + Các cơ quan khác:

3. Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện:

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. Các vấn đề khiếm khuyết, giảm chức năng, tàn tật

VI. Mục đích điều trị, PHCN: (chỉ định điều trị, phục hồi chức năng, cung cấp dịch vụ chỉnh hình, thay thế, trợ giúp).....

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 và PHCN:			
4. Tình trạng người bệnh ra viện:.....			
5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện:.....			
Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ	Họ tên.....	
- X - quang		Người nhận hồ sơ:	Họ tên
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	