

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):
3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☐
5. Dân tộc:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố

2. Sinh ngày:
4. Nghề nghiệp:
6. Ngoại kiều:
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

Tuổi

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"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr 15. Vào khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... 16. Chuyển <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....	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"/> 17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến 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

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

.....

.....

.....

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.....	°C
Huyết áp	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặngkg

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:

+ Nội tiết, 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:

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

3. Phương pháp điều trị:

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	