

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

BỆNH ÁN UNG BƯỚU

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...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <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"/> Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	- 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.....	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện:
21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính:
22. Khi vào khoa điều trị.....	T.....N.....M.....giai đoạn..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....T.....N.....M.....giai đoạn.....	+ 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"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
24. Tổng số lần phẫu thuật <input type="text"/> <input type="text"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

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

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện

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"/>	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:

.....

.....

.....

.....

.....

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

2. Bộ phận tổn thương:

.....

.....

..... Hình vẽ hoặc ảnh Mô tả tổn thương

3. Các cơ quan:

- + Thần kinh:
-
- + Tuần hoàn:
-
- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hoá:
-
- + 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: T..... N M giai đoạn.....
- + 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:

- XN máu: _____ - X quang: _____

- YN tế bào: _____ - Siêu âm: _____

- YN RI GP: _____ - Các YN khác: _____

3.1. Phương pháp điều trị:

1. Điều trị triệt để: ☐ 2. Điều trị triệu chứng: ☐

u: tɔi u:

sch:

Tia xạ đơn thuần: tại vị: Gy Tại bạch:

- **Phẫu thuật (tên):**

- Tia xạ hậu thấu: tại u: Gy Tại hạch:

- Hoá chất (phác đồ):

Số đợt: _____

Đáp ứng: 1. Không đáp ứng ☐ 2. Bán phần ☐ 3. Hoàn toàn ☐

- Điều trị khác: ☐ ☐ ☐

4. Tình trạng người bệnh ra viện.....

.....

Loại	Số tờ	Bác sỹ điều trị
------	-------	-----------------

- CT Scanner	Họ tên.....
--------------	-------------

- Xét nghiệm			
--------------	--	--	--

- Toàn bộ hồ sơ	Họ tên.....	Họ tên.....
-----------------	-------------	-------------