

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

BỆNH ÁN SẢN KHOA

Số lưu trữ:
 Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên(In hoa): 2. Sinh ngày: Tuổi
 3. Nghề nghiệp:
 4. Dân tộc: 5. Ngoại kiều:
 6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
 Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
 7. Nơi làm việc: 8. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐
 9. BHYT giá trị đến ngàytháng..... 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...../...../.....	13.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
12. 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"/>
14. 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"/>	16. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
15. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
17. Ra viện: giờ ngày/...../.....	18. Tổng số ngày điều trị.....
1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>	

III. CHẨN ĐOÁN

19. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Tình hình phẫu thuật: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.Chủ động <input type="checkbox"/>
20. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. Lúc vào đẻ: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Ngày đẻ (mổ đẻ):.....	+ Phương pháp phẫu thuật:
23. Ngôi thai:.....	26. Trẻ sơ sinh: 1. Đơn thai <input type="checkbox"/> 2. Đa thai <input type="checkbox"/>
24. Cách thức đẻ:.....	3. Trai <input type="checkbox"/> 4. Gái <input type="checkbox"/> a -Sống <input type="checkbox"/> b-Chết <input type="checkbox"/>
- Kiểm soát tử cung: <input type="checkbox"/>	5. Dị tật:
- Tai biến <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>	6. Cân nặng: gram
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"/>	
27. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	28. Tổng số lần phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

29. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/>	31. 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. Chuyển viện <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Ngoài 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 6. Tử vong <input type="checkbox"/>	32. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
30. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	33. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 34. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:.....
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tỹ <input type="checkbox"/>	

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

BỆNH ÁN

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

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình kỳ thai này: *kinh cuối cùng từ ngày/...../..... đến ngày/...../..... - Tuổi thai:*
.....tuần

- Khám thai tại:

- Tiêm phòng uốn ván ☐ Được tiêm lần

- Bắt đầu chuyển dạ từ giờ phút ngày/...../.....

- Dấu hiệu lúc đầu:

- Biến chuyển:

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: *(những bệnh đã mắc, dị ứng, thói quen ăn uống, sinh hoạt, khác ...)*

+ Gia đình:

3. Tiền sử phụ khoa:

- Bắt đầu thấy kinh năm: Tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: - Chu kỳ: ngày - Lượng kinh:

- Lấy chồng năm: tuổi

- Những bệnh phụ khoa đã điều trị:

4. Tiền sử sản khoa

Số lần có thai	Năm	Đẻ đủ tháng	Đẻ thiếu tháng	Sảy	Hút	Nạo	Co-vac	Chửa ngoài TC	Chửa trứng	Thai chết lưu	Con hiện sống	Cân nặng	Phương pháp đẻ	Tai biến
1														
2														
3														
4														
5														
6														

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

- Toàn trạng: ☐ Phù

- Tuần hoàn:

- Hô hấp:

- Tiêu hoá:

- Tiết niệu:

Mạch lần/ph
Nhiệt độ.....⁰C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Chiều cao: cm
Cân nặng: Kg

- Các bộ phận khác:

2. Khám ngoài:

- Bụng có sẹo phẫu thuật cũ ☐
- Chiều cao TC:..... cm, vòng bụng: cm
- Tim thai: lần/ phút
- Hình dạng TC: Tư thế:
- Cơ co TC:
- Vú:

3. Khám trong:

- Chỉ số Bishop Điểm
- Âm hộ: - Âm đạo:
- Cổ tử cung: - Phần phụ:
- Ối vỡ lúc: giờ phút ngày/...../.....
- Màu sắc nước ối:.....
- Ngồi: - Thê:
- Độ lọt: 1.Cao ☐ 2.Chức ☐ 3. Chặt ☐ 4.Lọt ☐
- Tầng sinh môn:
- Tình trạng ối: 1.Ối phòng ☐ 2.Ối dẹt ☐ 3.Ối quá lê ☐
- Ối vỡ: 1. Tự nhiên ☐ 2. Bấm ối ☐
- Nước ối nhiều hay ít:
- Kiểu thê:
- Đường kính nhô hạ vệt:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Chẩn đoán:

- Khi vào khoa:
- Phân biệt:

6. Tiên lượng:

7. Hướng điều trị:

- Phương pháp chính:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

IV. Theo dõi tại buồng đẻ:

- Vào buồng đẻ lúc: giờ phút ngày/...../.....

- Tên người theo dõi: Chức danh:

1. Đặc điểm trẻ sơ sinh:

- Đẻ lúc: giờ ngày/...../..... - Apgar: 1 phút: điểm 5 phút: điểm 10 phút: điểm

- Cân nặng:gram Cao:cm, Vòng đầu:cm ☐ ☐ ☐

- Con: - Đơn thai 1. Trai ☐ 2. Gái ☐ - Đa thai: 1. Trai ☐ 2. Gái ☐ - Tật bẩm sinh: - Có hậu môn

Cụ thể tật bẩm sinh:

- Tình trạng trẻ sơ sinh sau khi đẻ:

- Xử lý và kết quả:

2. Đặc điểm sổ rau: Rau: 1. Bóc ☐ 2. Sổ ☐

- Rau sổ lúc: giờ phút ngày/...../..... - Cách sổ rau:

- Mặt màng: - Mặt múi:

- Bánh rau: - Cân nặng:gram - Rau cuộn cổ: ☐

- Cuống rau dài: Cm Có chảy máu sau sổ ☐ Nếu có, lượng máu mất: ml

- Kiểm soát tử cung: ☐

- Xử lý và kết quả:

3. Tình trạng sản phụ sau đẻ: - Da, niêm mạc:

- Phương pháp đẻ: 1. đẻ thường ☐ 2. forceps ☐ 3. giác hút ☐ 4. PT ☐ 5. đẻ chỉ huy ☐ 6. khác ☐

- Lý do can thiệp:

- Tầng sinh môn: 1. Không rách ☐ 2. Rách ☐ 3. Cắt ☐

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

Nếu có, phương pháp khâu và loại chỉ: Số mũi khâu: ☐

- Cổ tử cung: 1. Không rách ☐ 2. Rách ☐

4. Tình hình phẫu thuật (nếu có):

- Chẩn đoán trước phẫu thuật:

- Chẩn đoán sau phẫu thuật:

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Phẫu thuật viên	Bác sỹ gây mê

1. Tai biến PT ☐ 2. Biến chứng ☐ 1. Do PT ☐ 2. Do gây mê ☐ 3. Do nhiễm khuẩn ☐ 4. Khác ☐

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