

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

**BỆNH ÁN**  
**HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU**

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 ngày .....tháng..... 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="checkbox"/>
Khoa ..... ng / th / năm ..... Số ngày ĐTr ..... 15. Vào khoa .....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 .....Giờ.....phút...../...../..... Khoa .....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.....

**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. Đờ, 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"/>	04	- Thuốc lá	<input type="checkbox"/>
02	- Ma túy	<input type="checkbox"/>	05	- Thuốc lã	<input type="checkbox"/>
03	- Rượu bia	<input type="checkbox"/>	06	- Khác	<input type="checkbox"/>

+ Gia đình: .....  
.....

## III-Khám bệnh:

### 1.Toàn thân:

- Tinh thần của người bệnh: .....  
- Hình dáng tư thế: .....  
- Da, niêm mạc: .....  
- Triệu chứng xuất huyết (mô tả chi tiết): .....

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

- Hệ thống lông, tóc, móng: .....  
- Triệu chứng phù: .....  
- Tuyến giáp: .....

### 2. Các cơ quan:

+ Gan: Kích thước: .....  
- Mật độ: .....  
- Bờ: .....  
- Mặt gan: .....  
- Đau: .....  
+ Lách: Kích thước: .....  
- Mật độ: .....  
- Bờ: .....  
- Mặt gan: .....  
- Đau: .....  
+ Hạch: Vị trí: .....  
- Kích thước: .....  
- Số lượng: .....  
- Độ di động: .....  
- Đau: .....

+ Thần kinh: .....  
 + Tim mạch: .....  
 + Hô hấp: .....  
 + Tiêu hoá: .....  
 + Tiết niệu: .....  
 + Khác: .....

### 3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

Huyết học		<u>Truyền máu</u>	
Huyết đồ		Nhóm máu	
Tuỷ đồ		Coombs test	
Sinh thiết tủy		Kháng thể bất thường	
Sinh thiết hạch		<u>Các xét nghiệm liên quan:</u>	
Đông máu toàn bộ		Sinh hoá	
Định lượng yếu tố đông máu		GPB	
Điện di HST		Vi sinh	
Nhiễm sắc thể		X quang	
Các xét nghiệm khác: .....			

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: .....

Truyền máu:

1. Khối hồng cầu	Số lần	<input type="checkbox"/>	5. Huyết tương:	Số lần	<input type="checkbox"/>
2. Hồng cầu rửa	Số lần	<input type="checkbox"/>	6. Huyết tương tươi đông lạnh:	Số lần	<input type="checkbox"/>
3. Khối tiểu cầu	Số lần	<input type="checkbox"/>	7. Tủa VIII:	Số lần	<input type="checkbox"/>
4. Khối bạch cầu hạt	Số lần	<input type="checkbox"/>	8. Truyền máu toàn phần:	Số lần	<input type="checkbox"/>

Các phản ứng khi truyền máu ☐ Loại: 1. Mẩn ngứa ☐ 2. Sốt rét run ☐ 3. Choáng phản vệ ☐ 4. Khác ☐

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 .....	