

KIỂM ĐIỂM TỬ VONG

A. PHẦN HÀNH CHÍNH:

- Hôm nay 09 giờ 30 phút, lúc Ngày 26 tháng 10 năm 2022
- Chúng tôi gồm: (ghi rõ họ tên, chức danh, chức vụ từng người):
- Họp tại:
- Chủ tọa: (họ tên, chức danh, chức vụ):
- Thư kí: (họ tên, chức danh, chức vụ):

B. NỘI DUNG KIỂM ĐIỂM:

I. Phần hành chính người bệnh:

- Họ tên người bệnh: VĂN AN..... tuổi 22.; Nam
- Dân tộc: Khơ-me..... Ngoại kiều: Việt Nam.....
- Nghề nghiệp: Sinh viên, học sinh..... Nơi làm việc: hà nội.....
- Địa chỉ: 14, phố, Huyện Yên Minh, Tỉnh Hà Giang.....
- Số vào viện: T0002.....
- Số CMND/ Hộ chiếu: CMT..... ngày và nơi cấp: ngày 07/11/2022, Hà Giang.....
- Vào viện lúc15 giờ 35 phút; Ngày 01 tháng 10 năm 2022
- Tử vong lúc09 giờ 30 phút; Ngày 10 tháng 10 năm 2022
- Tại khoa: Khoa Châm Cứu & PHCN.....
- Nguyên nhân tử vong:

II. Diễn biến bệnh:

- Tóm tắt tiền sử bệnh:
- Tình trạng lúc vào viện (toàn thân, các bộ phận, các xét nghiệm...): 111
- Chẩn đoán: (của cơ sở, khoa khám bệnh, khoa điều trị, khi tử vong, giải phẫu bệnh nếu có ...)
- Tóm tắt diễn biến bệnh, quá trình điều trị, quá trình chăm sóc ... từng giai đoạn của bệnh

III. Kiểm điểm quá trình điều trị và chăm sóc bệnh nhân (nêu rõ ưu điểm và thiếu sót).

- 1. Tiếp đón người bệnh:
- 2. Thăm khám và chẩn đoán bệnh, nguyên nhân, triệu chứng, tiên lượng:
- 3. Điều trị::
- 4. Chăm sóc
- 5. Mối quan hệ với gia đình người bệnh: (tình trạng bệnh, tài sản tư trang ...):

IV. Ý kiến bổ sung của từng người (bám sát trọng tâm):

.....

.....

V. Kết luận (chủ toạ kết luận: nêu bật diễn biến bệnh, ưu điểm và thiếu sót nếu có trong quá trình chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và rút kinh nghiệm nếu có ...):

.....

Biên bản này đã được thư ký đọc cho mọi người nghe và nhất trí cùng ký tên, từng người dưới đây:

CÁC THÀNH VIÊN	THƯ KÝ	CHỦ TOẠ
- -		

Họ tên

Họ tên

PHIẾU CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TỬ VONG

Thông tin chung về hành chính												
Họ và tên: Văn An												
Mã số người bệnh: T0002												
Giới tính	<input checked="" type="checkbox"/> Nữ						<input type="checkbox"/> Nam			<input type="checkbox"/> Không rõ		
Ngày/tháng/năm sinh								Ngày/tháng/năm tử vong				
	0	1	0	1	2	0	0		0			
Phần A: Thông tin về Y tế: Mục 1 và 2												
Mục 1.	Chuỗi sự kiện			Chẩn đoán nguyên nhân tử vong				Khoảng thời gian ước tính từ khi khởi phát sự kiện đến khi tử vong				
Nguyên nhân tử vong trực tiếp*			a									
Chuỗi sự kiện (bệnh dòng dưới dẫn đến nguyên nhân của bệnh dòng trên) Dòng cuối cùng của chuỗi là nguyên nhân chính gây tử vong			b									
			c									
			d									
Mục 2. Bệnh/tình trạng quan trọng khác góp phần vào tử vong												

Lưu ý: Đây không phải là hình thức tử vong, ví dụ: suy tim, suy hô hấp mà là bệnh, chấn thương hoặc biến chứng gây ra tử vong.

Phần B: Các thông tin y tế khác													
1. Phẫu thuật có được thực hiện trong vòng 4 tuần qua?								<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết	
1.1 Nếu có, vui lòng ghi rõ ngày phẫu thuật (ngày, tháng, năm)													
1.2 Nếu có, vui lòng ghi rõ lý do phải phẫu thuật (bệnh hoặc tình trạng)													
2. Đã khám nghiệm tử thi?								<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết	
Nếu có khám nghiệm tử thi, kết quả khám nghiệm tử thi có được sử dụng để ghi trong phiếu chẩn đoán NNTV?								<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết	
3. Hình thức tử vong													
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					

Bệnh		Bị tấn công		Không thể xác định							
<input type="checkbox"/> Tai nạn		<input type="checkbox"/> Liên quan đến pháp luật (Chấp hành bản án tử hình hoặc bị lực lượng chức năng bắn chết khi phạm tội hoặc do bị trúng đạn)		<input type="checkbox"/> Chờ điều tra							
<input type="checkbox"/> Cố ý làm hại bản thân		<input type="checkbox"/> Chiến tranh		<input type="checkbox"/> Không biết							
Thông tin bên ngoài của chấn thương hoặc ngộ độc		Ngày bị chấn thương									
Mô tả nguyên nhân bên ngoài dẫn đến chấn thương (Nếu ngộ độc, vui lòng ghi rõ chất gây ngộ độc)											
4. Nơi xảy ra tử vong do nguyên nhân bên ngoài											
<input type="checkbox"/> Tại nhà		<input type="checkbox"/> Khu dân cư		<input type="checkbox"/> Trường học, khu hành chính khác		<input type="checkbox"/> Khu thể thao					
<input type="checkbox"/> Trên đường đi		<input type="checkbox"/> Khu thương mại và dịch vụ		<input type="checkbox"/> Khu công nghiệp		<input type="checkbox"/> Nông trại					
<input type="checkbox"/> Địa điểm khác (vui lòng ghi rõ):						<input type="checkbox"/> Không biết					
Tử vong thai nhi hoặc trẻ sơ sinh											
Đa thai				<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết			
Sinh non				<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết			
Nếu chết trong vòng 24h, ghi rõ số giờ sống sót sau sinh				Cân nặng khi sinh (gram)							
Số tuần mang thai của chu kỳ				Tuổi của mẹ (năm)							
Nếu là chết chu sinh, xin vui lòng cho biết tình trạng của mẹ có ảnh hưởng đến thai nhi và trẻ sơ sinh											
Người chết có đang mang thai không?				<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết			
<input type="checkbox"/> Tại thời điểm tử vong				<input type="checkbox"/> Trong vòng 42 ngày trước khi tử vong							
<input type="checkbox"/> Từ 43 ngày đến 1 năm trước khi chết				<input type="checkbox"/> Không biết							
Việc mang thai có góp phần gây ra tử vong không?				<input type="checkbox"/> Có		<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Không biết			

Kết luận: Chuẩn đoán nguyên nhân chính gây tử vong:

Mã ICD 10:

Ngày...Tháng...Năm...

Người lập phiếu

(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ)

Thủ trưởng cơ quan/ tổ chức báo tử

(Ký, ghi rõ họ tên, chức vụ, đóng dấu)

Lưu ý: trường hợp bệnh nhân tử vong khi đang trên đường cấp cứu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, vẫn làm Phiếu chẩn đoán nguyên nhân tử vong, trường hợp không rõ nguyên nhân tử vong thì ghi **không xác định**.

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

Địa chỉ: đường Nguyễn Văn Cừ, Hà Tu, Thành phố Hạ Long, Quảng Ninh
Điện thoại: 0203 3838 112 ;Hotline BV:

KẾT QUẢ Chụp cắt lớp vi tính bụng-tiểu khung thường quy (từ 1-32 dãy)

Họ và tên: VẮN AN Năm sinh: 2000 Giới tính: Nam
Địa chỉ: 14, phố, Xã Sùng Tráng, Huyện Yên Minh, Tỉnh Hà Giang
Chẩn đoán: A00.9 - Bệnh tả, không đặc hiệu
Mã bệnh ICDX: A00.9 BS chỉ định:
Yêu cầu:

Kỹ thuật:

KẾT LUẬN:

Ngày...Tháng...Năm...
BÁC SỸ CHUYÊN KHOA

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

Địa chỉ: đường Nguyễn Văn Cừ, Hà Tu, Thành phố Hạ Long, Quảng Ninh
Điện thoại: 0203 3838 112 ;Hotline BV:

KẾT QUẢ Chụp cắt lớp vi tính cột sống cổ không tiêm thuốc cản quang (từ 1-32 dãy)

Họ và tên: VĂN AN Năm sinh: 2000 Giới tính: Nam
Địa chỉ: 14, phố, Xã Sùng Tráng, Huyện Yên Minh, Tỉnh Hà Giang
Chẩn đoán: A00.9 - Bệnh tả, không đặc hiệu
Mã bệnh ICDX: A00.9 BS chỉ định:
Yêu cầu:

Kỹ thuật:

KẾT LUẬN:

Ngày...Tháng...Năm...
BÁC SỸ CHUYÊN KHOA

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

Địa chỉ: đường Nguyễn Văn Cừ, Hà Tu, Thành phố Hạ Long, Quảng Ninh
Điện thoại: 0203 3838 112 ;Hotline BV:

KẾT QUẢ Đo chỉ số ABI (chỉ số cổ chân/cánh tay)

Họ và tên: VĂN AN Năm sinh: 2000 Giới tính: Nam
Địa chỉ: 14, phố, Xã Sùng Tráng, Huyện Yên Minh, Tỉnh Hà Giang
Chẩn đoán: A00.9 - Bệnh tả, không đặc hiệu
Mã bệnh ICDX: A00.9 BS chỉ định:
Yêu cầu:

Kỹ thuật:

KẾT LUẬN:

Ngày...Tháng...Năm...
BÁC SỸ CHUYÊN KHOA

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CẤP

I. Phân hành chính:

Mã QL: Ngày sinh: 01/01/2000 Ngày vào khoa: 01/10/2022 Giới tính: Nam
Họ và tên: Văn An Tên khoa: Khoa Châm Cứu & PHCN Tên đối tượng:
Chẩn đoán: A00.9 Bệnh tả, không đặc hiệu
Tiền sử bản thân:
Dị ứng:
Thuốc:
Tiền sử gia đình:

Ngày giờ	II. Nhận định	III. Thực hiện kế hoạch chăm sóc
11/10/2022 09:27:00	<p>Từ ngày đến ngày Điều dưỡng: TS. Phạm Bá Tuyên</p> <p>Ngày chăm sóc thứ 2</p> <p>1. Toàn trạng:</p> <p>2. Tuần hoàn: , huyết áp 120/70 mmHg, Nhiệt độ 37.00 C</p> <p>3. Hô hấp: Tính chất đờm: Dẫn lưu:</p> <p>4. Tiêu hóa: , vị trí đau: Đại tiện: , số lần màu sắc:</p> <p>5 Thận, tiết niệu: , màu sắc số lượng ml/24h</p> <p>6. Tâm, thần kinh: , khác - Tâm lý người bệnh: - Ngủ: , giờ/ngày</p> <p>7. Vận động, cơ, xương, khớp: - Vận động: , tính chất liệt: - Cơ, xương, khớp:</p> <p>8. Vết thương/Mổ: Vị trí , khác + Dẫn lưu: . Chân dẫn lưu:</p>	<p>Thực hiện kế hoạch chăm sóc:</p> <p>1. Hướng dẫn nội quy, thủ tục nhập viện <input type="checkbox"/></p> <p>2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn <input type="checkbox"/></p> <p>3. Thực hiện y lệnh: - -Thủ thuật: + Tây y: , giờ test , số lần + Đông y: + Thay băng: Vị trí thay băng: tay ,</p> <p>4. Vệ sinh cá nhân:</p> <p>5. Dinh dưỡng:</p> <p>6. GDSK:</p> <p>7. Thực hiện y lệnh khác:</p> <p>Xử trí:</p> <p>8. ĐD thực hiện (ghi rõ tên):</p>

Ngày giờ	II. Nhận định	III. Thực hiện kế hoạch chăm sóc
	<p data-bbox="310 174 618 220">9. Nhận định khác:</p> <p data-bbox="310 254 678 300">10. Cấp chăm sóc: Cấp I <input checked="" type="checkbox"/></p> <p data-bbox="310 300 699 346">11. Chẩn đoán chăm sóc:</p>	

TRÍCH BIÊN BẢN KIỂM ĐIỂM TỬ VONG

- Họ và tên người bệnh: VĂN AN..... Tuổi: 22..... Nam
- Số vào viện: T0002.....
- Vào viện lúc: 15 giờ 35 phút, Ngày 01 tháng 10 năm 2022
- Tử vong lúc: 09 giờ 30 phút, Ngày 10 tháng 10 năm 2022.....
- Tại khoa: Khoa Châm Cứu & PHCN.....
- Kiểm điểm tử vong lúc 09 giờ 30 phút, Ngày 26 tháng 10 năm 2022
- Chủ tọa: Thư ký:
- Thành viên tham gia:

Tóm tắt quá trình diễn biến bệnh, quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kết luận:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Thư kýNgày 26 tháng 10 năm 2022
Chủ tọa

Họ tên:

Họ tên:

Hướng dẫn: - Trích biên bản để đính vào bệnh án
- Thành viên tham gia: ghi tên và chức danh

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa): Văn An
3. Giới: 1. Nam ☒ 2. Nữ ☐
5. Dân tộc: Khơ-me
7. Địa chỉ: Số nhà 14 Thôn, phố phố Xã, phường: Xã Sùng Tráng
Huyện (Q, Tx): Huyện Yên Minh Tỉnh, thành phố: Tỉnh Hà Giang
8. Nơi làm việc: hà nội 9. Đối tượng: 1.BHYT ☒ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐
10. BHYT giá trị đến Ngày 15 tháng 11 năm 2022 Số thẻ BHYT 0000000000
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Bô.....

12. Đến khám bệnh lúc 15 giờ 35 phút, Ngày 01 tháng 10 năm 2022
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: -

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý:
2. Tiền sử bệnh:
- Bản thân:
- Gia đình:

IV. KHÁM XÉT:

1. Toàn thân:
2. Các bộ phận:
3. Tóm tắt kết quả lâm sàng:
4. Chẩn đoán vào viện: -
5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc...):
6. Cho vào điều trị tại khoa:
7. Chú ý:

Mạch: lần/ phút
Nhiệt độ: C⁰
Huyết áp: mmHg
Nhịp thở: lần/phút
Cân nặng: Kg

Ngày 01 tháng 10 năm 2022

BÁC SĨ KHÁM BỆNH

GIẤY THỬ PHẢN ỨNG THUỐC

- Họ tên người bệnh:

Tuổi:

- Địa chỉ:

- Khoa:

Số buồng:

Giường:

- Chẩn đoán:

Bắt đầu thử Giờ/ phút Ngày/ tháng	Tên thuốc, nước sản xuất, lô, số sản xuất, hàm lượng, đơn vị	Phương pháp thử	Bác sĩ chỉ định <i>(Kí, ghi họ tên)</i>	Người thử <i>(Kí, ghi họ tên)</i>	Bác sĩ đọc và kiểm tra <i>(Kí, ghi họ tên)</i>	Giờ, phút đọc kết quả <i>(Viết chữ)</i>

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ
TRUYỀN

PHIẾU THEO DÕI
TRUYỀN DỊCH

MS: 17/BV-01
Số vào viện: T0002

KHOA: Khoa Châm Cứu &
PHCN.....

- Họ tên người bệnh: Văn An..... Tuổi : 22..... Giới tính: Nam.....
- Số giường: Buồng:
- Đối tượng: CBCS ☐ BHYT ☒ Tự nguyện ☐
- Chẩn đoán: A00.9 : Bệnh tả, không đặc hiệu.....

Ngày tháng	TÊN DỊCH TRUYỀN/ HÀM LƯỢNG	Số lượng	Lô/ Số sản xuất	Tốc độ giọt/ph	Thời gian		BS chỉ định	YT (ĐD) thực hiện
					bắt đầu	kết thúc		
26/10/ 2022	Alexan	111	000000	111	11/10 /2022 09:29	11/10 /2022 09:29		

KHOA Khoa Châm Cứu &
PHCN

TỜ SỐ:

Giường:

Chẩn đoán: A00.9 - Bệnh tả, không đặc hiệu.....

[illegible]