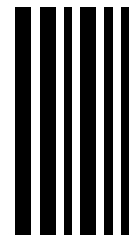


Thường: ☐ Cấp cứu: ☒



I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (in hoa): string 2. Sinh ngày: string Tuổi: 0
3. Giới: Nữ 4. Nghề nghiệp: string 5. Dân tộc: string 6. Quốc tịch: string
7. Địa chỉ: string
8. Nơi làm việc: string
9. Đối tượng: Không bảo hiểm
10. BHYT giá trị đến: 17/04/2024 Số thẻ BHYT: string
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: string
Số điện thoại: string
12. (a) Đến khám bệnh lúc: ngày 17 tháng 04 năm 2024, 03 giờ 23 phút 12. (b) Bắt đầu khám
lúc: ngày 17 tháng 04 năm 2024, 03 giờ 23 phút
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu (nếu có): string

II. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

1. Lý do đến khám:

string

2. Bệnh sử:

string

3. Tiền sử bệnh:

- Bản thân:

• string

- Gia đình:

• string

4. Khám lâm sàng:

- Toàn thân: string

- Các bộ phận:

• string

5. Chẩn đoán sơ bộ:

• string

6. Chỉ định cận lâm sàng:

- Xét nghiệm: string

- Chẩn đoán hình ảnh, TDCN: string

7. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:

8. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính: string

Bệnh kèm theo:

string

Mã ICD: string

Mã ICD: string

III. XỬ TRÍ

string

Mạch: 0 lần/phút
Nhiệt độ: 0 C⁰
Huyết áp: 0 mmHg
Nhịp thở: 0 lần/phút
Cân nặng: 0 Kg
Chiều cao: 0 cm
BMI: 0
SP02: 0 %

Ngày 17 tháng 04 năm 2024

BÁC SĨ KHÁM BỆNH

(Ký và ghi rõ họ tên)

***Ghi chú:**
string