|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ${TEN\_SO\_Y\_TE} | | | | | | | | | | | | | | **PHIẾU KHÁM BỆNH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Số phiếu: | | | | | | | |  | | | |
| **${TEN\_BENH\_VIEN}** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mã NB: | | | | | | | |  | | | |
| Hotline: ………… | | | | | | | | | | | | | | Thường | | | | | |  |  | | | | Cấp cứu | | |  | | |  | | | | | | **Barcode** | | | | | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | |  | | | | | |
| **I. HÀNH CHÍNH** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Họ và tên (in hoa): | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2. Ngày sinh: | | | | | | | | | | / / | | | | | | Tuổi: | | |  | | | |
| 3. Giới tính: | | | |  | | | | 4. Nghề nghiệp: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 5. Dân tộc: | | | | | | | | Kinh | | | | | | | | 6. Quốc tịch: | | | |  | | |
| 7. Địa chỉ: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Nơi làm việc: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SĐT: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Số điện thoại: | | | | | |  | | | | |
| 12. (a) Đến khám bệnh lúc: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 12. (b) Bắt đầu khám bệnh lúc: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu *(nếu có)*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II. THÔNG TIN KHÁM BỆNH** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Lý do đến khám:** | | | | | | | . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Bệnh sử:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | *Mạch:* | | | | |  | | *L/phút* | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | *Nhiệt độ:* | | | | |  | | *°C* | |
|  | *Huyết áp:* | | | | |  | | *mmHg* | |
|  | *Nhịp thở:* | | | | |  | | *L/phút* | |
|  | *Cân nặng:* | | | | |  | | *kg* | |
| **3. Tiền sử bệnh:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | *Chiều cao:* | | | | |  | | *cm* | |
| - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | *BMI:* | | | | |  | |  | |
| **4. Khám lâm sàng:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | *SPO2:* | | | | |  | | *%* | |
| - Toàn thân: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Các bộ phận: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Chẩn đoán sơ bộ:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Chỉ định cận lâm sàng:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Xét nghiệm: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Chẩn đoán hình ảnh, TDCN: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Chẩn đoán xác định:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -  - | | Bệnh chính:  Bệnh kèm theo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Mã ICD:**  **Mã ICD:** | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **III. XỬ TRÍ** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ${TABLE\_PLACEHOLDER} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *Hà Nội, ngày tháng năm 20* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **BÁC SỸ KHÁM BỆNH** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *(Ký và ghi rõ họ tên)* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **\*Ghi chú:**  *${NOI***\_***DUNG***\_***GHI***\_***CHU}* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |