

HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE CÁ NHÂN

A. PHẦN THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Mã hộ GD:.....

Họ và tên: user_1

Quan hệ với chủ hộ.....

Giới tính: Nam ☐ Nữ ☒

Nhóm máu: Hệ ABO: Hệ Rh:.....

Ngày sinh: 17/10/1996

Tỉnh/TP đăng ký khai sinh:.....

Dân tộc:..... Quốc tịch: Việt Nam

Tôn giáo:..... Nghề nghiệp:.....

Số CMND/CCCD:..... ngày cấp:..... nơi cấp:.....

Mã định danh BHYT/ Số thẻ BHYT:.....

Nơi đăng ký HKTT: (Thôn/xóm; số nhà, đường phố):

Xã/Phường:..... Quận/Huyện:..... Tỉnh/TP: An Giang

Nơi ở hiện tại: Thôn/xóm; số nhà, đường phố: 69 Hoàng Văn Thụ, Phường 15, Quận Phú Nhuận

Xã/Phường:..... Quận/Huyện:..... Tỉnh/TP:.....

Điện thoại: Cố định Di động: 376559999

Email: sonvo@bacsitoancau.com

Họ tên mẹ:..... Họ tên bố:.....

Họ tên người chăm sóc chính (NCSC):..... Mối quan hệ:.....

Điện thoại (bố/ mẹ/ người NCSC): Cố định..... Di động:.....

B. NHÓM THÔNG TIN TIỀN SỬ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE

1. Tình trạng lúc sinh

Đẻ thường ☐ Đẻ mổ ☐ Đẻ thiếu tháng ☐ Bị ngạt lúc đẻ ☐

Cân nặng lúc đẻ: gr

Chiều dài lúc đẻ: cm

Dị tật bẩm sinh (ghi rõ nếu có):

Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):

2. Yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe cá nhân

Hút thuốc lá, Lào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Hút thường xuyên <input type="checkbox"/>	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------------	-----------------------------	---	-------	--------------------------

Uống rượu bia thường xuyên	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Số ly cốc uống/ngày.....	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
Sử dụng ma túy	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Sử dụng thường xuyên <input type="checkbox"/>	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
Hoạt động thể lực	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Thường xuyên (tập thể dục, thể thao...)		<input type="checkbox"/>
Yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp/ Môi trường sống (Hóa chất, bụi, ồn, virus,...) ghi rõ yếu tố tiếp xúc và thời gian tiếp xúc:					
Loại hồ xí của gia đình (xả nước/ hai ngăn/hồ xí thùng/ không có hồ xí):					
Nguy cơ khác (ghi rõ):					

3. Tiền sử bệnh tật, dị ứng

Dị ứng:

Loại	Mô tả rõ
Thuốc	
Hóa chất/mỹ phẩm	
Thực phẩm	
Khác	

Bệnh tật:

Bệnh tim mạch <input type="checkbox"/>	Tăng huyết áp <input type="checkbox"/>	Đái tháo đường <input type="checkbox"/>	Bệnh dạ dày <input type="checkbox"/>
Bệnh phổi mạn tính <input type="checkbox"/>	Hen suyễn <input type="checkbox"/>	Bệnh bướu cổ <input type="checkbox"/>	Viêm gan <input type="checkbox"/>
Tim bẩm sinh <input type="checkbox"/>	Tâm thần <input type="checkbox"/>	Tự kỷ <input type="checkbox"/>	Động kinh <input type="checkbox"/>

Ung thư (ghi rõ loại ung thư):

Lao (ghi rõ loại lao):

Khác (nêu rõ):

4. Khuyết tật

Bộ phận/ cơ quan	Mô tả
Thính lực	
Thị lực	
Tay	
Chân	
Cong vẹo cột sống	
Khe hở môi, vòm miệng	
Khác	

5. Tiền sử phẫu thuật (ghi rõ bộ phận cơ thể đã phẫu thuật và năm phẫu thuật)

.....

6. Tiền sử gia đình

Dị ứng:

Loại	Mô tả rõ	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị, em...)
Thuốc		
Hóa chất/ mỹ phẩm		
Thực phẩm		
Khác		

Bệnh tật:

Tên bệnh		Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố,	Tên bệnh		Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố,
----------	--	---	----------	--	---

		mẹ, anh, chị...)			mẹ, anh, chị...)
Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>		Hen suyễn	<input type="checkbox"/>	
Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>		Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	
Tâm thần	<input type="checkbox"/>		Động kinh	<input type="checkbox"/>	
Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ)					
Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ)					
Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ)					

7. Sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình

Biện pháp tránh thai đang dùng:

Kỳ có thai cuối cùng:

Số lần có thai:

Số lần sảy thai:

Số lần phá thai:

Số lần sinh đẻ:

Đẻ thường:

Đẻ mổ:

Đẻ khó:

Số lần đẻ đủ tháng:

Số lần đẻ non:

Số con hiện sống:

Bệnh phụ khoa:

8. Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):

.....

C. TIÊM CHỦNG

1. Tiêm chủng cơ bản cho trẻ em

Loại vắc xin	Chưa chủng ngừa	Đã chủng ngừa, ghi rõ ngày	Phản ứng sau tiêm	Ngày hẹn tiêm
BCG	<input type="checkbox"/>/....../....	/....../....

VGB sơ sinh	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
DPT -VGB-Hib 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
DPT -VGB-Hib 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
DPT -VGB-Hib 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Bại liệt 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Bại liệt 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Bại liệt 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Sởi 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Sởi 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
DPT4	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
VNNB B1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
VNNB B2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
VNNB B3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Số mũi vắc xin uốn ván mẹ đã tiêm: mũi				

2. Tiêm chủng ngoài chương trình TCMR

Loại vắc xin	Chứa ch ủng ngừa	Đã chủng ngừa, ghi rõ ngày	Phản ứng sau tiêm	Ngày hẹn tiêm
Tả 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Tả 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Quai bị 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Quai b	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...

ị 2				
Quai bị 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Cúm 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Cúm 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Cúm 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Thương hàn	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
HPV 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
HPV 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
HPV 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Vắc xin phế cầu khuẩn	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
...	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
...	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
...	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...

3. Tiêm chủng VX uốn ván (phụ nữ có thai)

Nội dung	UV1	UV2	UV3	UV4	UV5
Chưa tiêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đã tiêm, ghi rõ ngày	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
Tháng thai					
Phản ứng sau tiêm					
Ngày hẹn tiêm	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...

D. KHÁM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Ngày khám/ /

1. Bệnh sử

.....

.....

2. Thăm khám lâm sàng

2.1. Dấu hiệu sinh tồn, chỉ số nhân trắc học

Mạch	Nhiệt độ	HA	Nhịp thở	Cân nặng	Cao	BMI	Vòng bụng

2.2. Thị lực:

Không kính: Mắt phải: Mắt trái:

Có kính: Mắt phải: Mắt trái:

2.3. Khám lâm sàng

2.3.1. Toàn thân

- Da, niêm mạc:

- Khác:

2.3.2. Cơ quan

- Tim mạch:

.....

- Hô hấp:

.....

- Tiêu hóa:

.....

- Tiết niệu:

- Cơ xương khớp:

-
- Nội tiết:
 -
 - Thần kinh:
 -
 - Tâm thần:
 -
 - Ngoại khoa:
 -
 - Sản phụ khoa:
 -
 - Tai mũi họng:
 -
 - Răng hàm mặt:
 -
 - Mắt:
 -
 - Da liễu:
 -
 - Dinh dưỡng:
 -
 - Vận động:
 -
 - Khác:
 -
 - Đánh giá phát triển thể chất, tinh thần, vận động:

.....

3. Kết quả cận lâm sàng

STT	Xét nghiệm	Kết quả
1	Huyết học	
2	Sinh hóa máu	
3	Sinh hóa nước tiểu	
4	Siêu âm ổ bụng	

4. Chẩn đoán/ Kết luận (ghi tên, mã bệnh theo ICD 10):

.....

5. Tư vấn:

.....

6. Bác sĩ khám:

TRẠM TRƯỞNG TRẠM Y TẾ XÃ.....

(Ký tên, đóng dấu)