

Phụ lục số XXVIII

MẪU BỆNH ÁN

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

NỘI DUNG	MS
1. Bệnh án Nội khoa	01/BV1
2. Bệnh án Nhi khoa	02/BV1
3. Bệnh án Truyền nhiễm	03/BV1
4. Bệnh án Phụ khoa	04/BV1
5. Bệnh án Sản khoa	05/BV1
6. Bệnh án Sơ sinh	06/BV1
7. Bệnh án Tâm thần	07/BV1
8. Bệnh án Da liễu	08/BV1
9. Bệnh án Huyết học-Truyền máu	09/BV1
10. Bệnh án Ngoại khoa	10/BV1
11. Bệnh án Bỏng	11/BV1
12. Bệnh án Ung bướu	12/BV1
13. Bệnh án Răng Hàm Mặt	13/BV1
14. Bệnh án Tai Mũi Họng	14/BV1
15. Bệnh án Ngoại trú chung	15/BV1
16. Bệnh án Ngoại trú Răng Hàm Mặt	16/BV1
17. Bệnh án dùng cho tuyến xã/phường	17/BV1
18. Bệnh án Nội trú Y học cổ truyền	18/BV1
19. Bệnh án Ngoại trú Y học cổ truyền	19/BV1
20. Bệnh án Nội trú Nhi Y học cổ truyền	20/BV1
21. Bệnh án Mắt (chấn thương)	21/BV1
22. Bệnh án Mắt (Bán phần trước)	22/BV1
23. Bệnh án Mắt (Đáy mắt)	23/BV1
24. Bệnh án Mắt (Glacom)	24/BV1
25. Bệnh án Mắt (Lác)	25/BV1
26. Bệnh án Mắt trẻ em	26/BV1

NỘI DUNG	MS
27. Bệnh án phục hồi chức năng	27/BV1
28. Bệnh án phục hồi chức năng nhi	28/BV1
29. Bệnh án ngoại trú phục hồi chức năng	29/BV1

Sở Y tế:

MS: 01/BV-01

Bệnh viện:

BỆNH ÁN NỘI KHOA

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

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...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> 3. Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện:
21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính:
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v...)

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"/>	(dị nguyên)	04	- Thuốc lá <input type="checkbox"/>	
02	- Ma túy <input type="checkbox"/>		05	- Thuốc lào <input type="checkbox"/>	
03	- Rượu bia <input type="checkbox"/>		06	- Khác <input type="checkbox"/>	

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

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

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

+ Thần Kinh:

+ Cơ- Xương- Khớp:

+ Tai- Mũi- Họng:

+ Răng- Hàm- Mặt:

+ Mắt:

+ Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

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:

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:

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

3. Phương pháp điều trị:

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		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ				Họ tên .....

Số Y tế:

MS: 02/BV-01

Bệnh viện:

BỆNH ÁN NHI KHOA

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa): 2. Sinh ngày: Tuổi

3. Giới: 1. Nam 2. Nữ

4. Dân tộc: 5. Ngoại kiều:

6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố

7. Họ tên bố Trình độ VH của bố Họ tên mẹ Trình độ VH của mẹ
Nghề nghiệp của bố: Nghề nghiệp của mẹ:

8. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác

9. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT

10. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
Điện thoại số:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

11. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	13.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
12. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
14. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	16. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
15. Chuyển <input type="text"/> Khoa Giờ.....phút...../...../..... Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
17. Ra viện: <input type="text"/> 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"/>	18. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

19. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	22. Ra viện: + Bệnh chính:
20. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

23. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Dỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	25. 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"/>
24. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	26. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/>	28. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v...)

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).

3. Quá trình sinh trưởng:

S S S S

- Con thứ mấy - Tiền thai (Para) (Sinh (đủ tháng), Sớm (đẻ non), Sẩy (nạo, hút), Sống)

- Tình trạng khi sinh: 1.Đẻ thường 2.Forceps 3.Giác hút 4.Đẻ phẫu thuật 5.Đẻ chỉ huy 6.Khác

- Cân nặng lúc sinh:kg. Dị tật bẩm sinh: Cụ thể dị tật bẩm sinh:

- Phát triển về tinh thần:

- Phát triển về vận động:

- Các bệnh lý khác:

- Nuôi dưỡng: 1. Sữa mẹ 2. Nuôi nhân tạo 3. Hỗn hợp - Cai sữa tháng thứ

- Chăm sóc: 1. Tại vườn trẻ 2. Tại nhà

- Đã tiêm chủng: 1. Lao 2.Bại liệt 3.Sởi 4.Ho gà 5.Uốn ván 6.Bạch hầu 7.Tiêm chủng khác

- Cụ thể những bệnh khác được tiêm chủng:

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

- Chiều cao:cm; - Vòng ngực:cm; - Vòng đầu:cm

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng	kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:.....

+ Tiêu hoá:

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

+ Thần Kinh:

+ Cơ- Xương- Khớp:

+ Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

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:

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

.....

.....

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		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ				Họ tên .....

Sở Y tế:

MS: 03/BV-01

Bệnh viện:

BỆNH ÁN TRUYỀN NHIỄM

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

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...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyên đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện:
21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính:
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo
 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong:
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v.)

.....
.....

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"/>	(dị nguyên)	04	- Thuốc lá <input type="checkbox"/>	
02	- Ma túy <input type="checkbox"/>		05	- Thuốc lào <input type="checkbox"/>	
03	- Rượu bia <input type="checkbox"/>		06	- Khác <input type="checkbox"/>	

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).

.....
.....

3. Dịch tễ:

- Bệnh cấp tính đang lưu hành ở:

.....

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh:

..... Thời gian:

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương).

.....

.....

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

.....	Mạch	lần/ph
.....	Nhiệt độ	°C
.....	Huyết áp	mmHg
.....	Nhịp thở	lần/ph
.....	Cân nặng	kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

.....

+ Hô hấp:.....

+ Tiêu hoá:

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

+ Thần Kinh:

+ Cơ- Xương- Khớp:.....

+ Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mắt, Mắt, Nội tiết, Dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

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:

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

.....

.....

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.....	Họ tên
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (những bệnh đã mắc, dị ứng, thói quen ăn uống, sinh hoạt, thuốc lá, rượu bia, ma túy, khác ...)

.....
.....

+ Gia đình:

.....

3. Tiền sử sản phụ khoa:

- Bắt đầu thấy kinh năm: Tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt: Chu kỳ: ngày. Số ngày thấy kinh lượng kinh:

- Kinh lần cuối ngày Đau bụng: Thời gian: 1. Trước 2. Trong 3. Sau

- Lấy chồng năm: tuổi Hết kinh năm: tuổi

- Những bệnh phụ khoa đã điều trị:

.....
.....

4. Tiền sử sản khoa: S S S S

- Tiền thai (Para) (Sinh (đủ tháng), Sớm (đẻ non), Sẩy (nạo, hút), Sổng)

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: da niêm mạc

.....

Hạch:

.....

Vú:

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng .....	.kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

.....

.....

+ Hô hấp:

.....

.....

+ Tiêu hoá:

.....
.....
+ Thần kinh:

.....
.....
+ Cơ- Xương- Khớp:

.....
.....
+ Thận- Tiết niệu:

.....
.....
- Khác:

3. Khám chuyên khoa:

a. Khám ngoài

- Các dấu hiệu sinh dục thứ phát:
- Môi lớn:
- Môi bé:
- Âm vật:
- Âm hộ:
- Màng trinh:
- Tầng sinh môn:

b. Khám trong:

- Âm đạo:
- Cổ tử cung:
- Thân tử cung:
- Phần phụ:
- Các túi cùng:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. 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:

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:

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

3. Phương pháp điều trị:

- Phẫu thuật

- Thủ thuật

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

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: Họ tên.....	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Người nhận hồ sơ: Họ tên.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			

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

BỆNH ÁN SẢN KHOA

MS: 05/BV-01
 Số lưu trữ:
 Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên(In hoa):
 2. Sinh ngày: Tuổi

3. Nghề nghiệp:
 4. Dân tộc:
 5. Ngoại kiều:
 6. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
 Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố.....
 7. Nơi làm việc:
 8. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
 9. BHYT giá trị đến ngàytháng..... năm Số thẻ BHYT
 10. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
 Điện thoại số.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

11. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../..... 12. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	13.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="text"/>
14. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	16. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
15. Chuyển Khoa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	17. 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"/> 18. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

19. Nơi chuyển đến: 20. KKB, Cấp cứu: 21. Lúc vào đẻ:..... 22. Ngày đẻ (mổ đẻ):..... 23. Ngôi thai:..... 24. Cách thức đẻ:..... - Kiểm soát tử cung: <input type="checkbox"/> - Tai biến <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	25. Tình hình phẫu thuật: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.Chủ động <input type="checkbox"/> + Chẩn đoán trước phẫu thuật: + Chẩn đoán sau phẫu thuật: + Phương pháp phẫu thuật: 26. Trẻ sơ sinh: 1. Đơn thai <input type="checkbox"/> 2. Đa thai <input type="checkbox"/> 3. Trai 4. Gái a -Sống b-Chết 5. Dị tật: 6. Cân nặng: gram 27. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> 28. Tổng số lần phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

29. Kết quả điều trị 1. Khôi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Chuyển viện <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 6. Tử vong <input type="checkbox"/> 30. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	31. 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.Ngoài 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 32. Nguyên nhân chính tử vong: 33. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 34. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:.....
--	--

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm
Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện: Vào ngày thứ của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình kỳ thai này: kinh cuối cùng từ ngày/...../..... đến ngày/...../..... - Tuổi thai:tuần

- Khám thai tại:

- Tiêm phòng uốn ván Được tiêm lần

- Bắt đầu chuyển dạ từ giờ phút ngày/...../.....

- Dấu hiệu lúc đầu:

- Biến chuyển:

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (những bệnh đã mắc, dị ứng, thói quen ăn uống, sinh hoạt, khác ...)

.....
.....

+ Gia đình:

.....

3. Tiền sử phụ khoa:

- Bắt đầu thấy kinh năm: Tuổi:

- Tính chất kinh nguyệt:..... - Chu kỳ: ngày - Lượng kinh:

- Lấy chồng năm:..... tuổi

- Những bệnh phụ khoa đã điều trị:

4. Tiền sử sản khoa

Số lần có thai	Năm	Đẻ đủ tháng	Đẻ thiếu tháng	Sảy	Hút	Nạo	Co-vac	Chửa ngoài TC	Chửa trứng	Thai chết lưu	Con hiện sống	Cân nặng	Phương pháp đẻ	Tai biến
1														
2														
3														
4														
5														
6														

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

- Toàn trạng: Phù

- Tuần hoàn:

- Hô hấp:

.....

- Tiêu hoá.....

.....

Mạch lần/ph
Nhiệt độ..... ^o C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Chiều cao: cm
Cân nặng: Kg

-
- Tiết niệu:
- Các bộ phận khác:

2. Khám ngoài:

- Bụng có sẹo phẫu thuật cũ - Hình dạng TC: Tư thế:
- Chiều cao TC: cm, vòng bụng: cm - Cơ co TC:
- Tim thai: lần/ phút - Vú:

3. Khám trong:

- Chỉ số Bishop

.....	Điểm
-------	------

- Âm hộ: - Âm đạo: - Tầng sinh môn:
- Cổ tử cung: - Phần phụ: - Tình trạng ối: 1. ối phong 2. ối dẹt 3. ối quá lè
- ối vỡ lúc: giờ phút ngày/...../..... - ối vỡ: 1. Tự nhiên 2. Bấm ối
- Màu sắc nước ối: - Nước ối nhiều hay ít:
- Ngôi: - Thế: - Kiểu thế:
- Độ lọt: 1. Cao 2. Chúi 3. Chặt 4. Lọt - Đường kính nhô hạ vệ:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Chẩn đoán:

- Khí vào khoa:
- Phân biệt:

6. Tiên lượng:

7. Hướng điều trị:

- Phương pháp chính:

Ngày.....tháng..... năm.....

Bác sỹ lâm bệnh án

IV. Theo dõi tại buồng đẻ:

- Vào buồng đẻ lúc: giờ phút ngày/...../.....
- Tên người theo dõi: Chức danh:

1. Đặc điểm trẻ sơ sinh:

- Đẻ lúc: giờ ngày/...../..... - Apgar: 1 phút: điểm 5 phút:..... điểm 10 phút: điểm
- Cân nặng:gram Cao:cm, Vòng đầu:cm
- Con: - Đơn thai 1.Trai 2.Gái - Đa thai: 1. Trai 2. Gái - Tật bẩm sinh: - Có hậu môn
Cụ thể tật bẩm sinh:
- Tình trạng trẻ sơ sinh sau khi đẻ:
- Xử lý và kết quả:

2. Đặc điểm sổ rau: Rau: 1. Bóc 2. Sổ

- Rau sổ lúc: giờ phút ngày/...../..... - Cách sổ rau:
- Mặt màng: - Mặt mũi:
- Bánh rau: - Cân nặng:gram - Rau cuộn cổ:
- Cuống rau dài: Cm Có chảy máu sau sổ Nếu có, lượng máu mất: ml
- Kiểm soát tử cung:
- Xử lý và kết quả:

3. Tình trạng sản phụ sau đẻ: - Da, niêm mạc:

- Phương pháp đẻ: 1. đẻ thường 2. forceps 3. giác hút 4. PT 5. đẻ chỉ huy 6. khác
- Lý do can thiệp:
- Tầng sinh môn: 1. Không rách 2. Rách 3. Cắt
- Nếu có, phương pháp khâu và loại chỉ: Số mũi khâu:
- Cổ tử cung: 1. Không rách 2. Rách

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp...../.....	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph

4. Tình hình phẫu thuật (nếu có):

- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Chẩn đoán sau phẫu thuật:

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Phẫu thuật viên	Bác sỹ gây mê

- 1. Tai biến PT 2. Biến chứng 1. Do PT 2. Do gây mê 3. Do nhiễm khuẩn 4. Khác

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.....	Họ tên.....
-----------------	--	-------------	-------------

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa:Giường.....

BỆNH ÁN SƠ SINH

MS: 06/BV-01
Số lưu trữ:
Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên(In hoa): 2. Sinh ngày:
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ
4. Họ tên mẹ: Sinh ngày:
Nghề nghiệp: Đẻ lần mấy:
5. Họ tên bố: Sinh ngày:
Nghề nghiệp: 6. Dân tộc: 7. Ngoại kiều:
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
9. Nhóm máu mẹ: 10. Tiền thai (Para) (Sinh (đủ tháng), Sớm (thiếu tháng), Sẩy (nạo, hút), Sổng)
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="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/> 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 22. Khi vào khoadiều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Thủ thuật sau sinh <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật sau sinh <input type="checkbox"/>	23. Ra viện: + Bệnh chính:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + 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 tính <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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm
Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

II. Hỏi bệnh: (diễn biến bệnh của sơ sinh)

a. Tình hình sản phụ trong khi đẻ:

- Ôi vỡ giờ phút ngày /...../.....

- Máu sặc:

Cách đẻ: 1. *Đẻ thường* 2. *Can thiệp* lúc giờ phút ngày /...../.....

Lý do can thiệp:

b. Tình trạng sơ sinh khi ra đời: 1. *Khóc ngay* 2. *Ngạt* 3. *Khá*

Họ tên, chức danh người đỡ đẻ, phẫu thuật:

Apgar 1 phút 5 phút 10 phút Cân nặng (g)

Tình trạng dinh dưỡng sau sinh:

c- Phương pháp hồi sinh ngay sau đẻ:

TT	Phương pháp	TT	Phương pháp
1	Hút dịch	4	Đặt nội khí quản
2	Xoa bóp tim	5	Bóp bóng O ₂
3	Thở O ₂	6	Khác

III. Khám bệnh: Họ tên, chức danh người chuyển sơ sinh:

1. Toàn thân: - Dị tật bẩm sinh: - Có hậu môn:

Cụ thể dị tật:

- Tình hình sơ sinh khi vào khoa:

Cân : gr

Chiều dài cm

Vòng đầu cm

+ Tình trạng toàn thân:

Nhiệt độ °C

Nhịp thở lần /phút

+ Màu sắc da : 1. *Hồng hào* 2. *Xanh tái* 3. *Vàng* 4. *Tím* 5. *Khác*

2. Các cơ quan khác:

- Hô hấp:

+ Nhịp thở : lần/ phút .

+ Nghe phổi

+ Chỉ số Silverman Điểm

Điểm	Sự dẫn nở lồng ngực	Cơ kéo cơ liên sườn	Cơ kéo mũi ức	Đập cánh mũi	Rên rì
0	Điều hoà	Không	Không	Không	Không
1	Xê dịch nhịp thở với di động bụng	Có ít	Có ít	Nhẹ	Nghe bằng ống nghe
2	Không di động ngực bụng	Thấy rõ	Thấy rõ	Rõ	Tai thường nghe rõ

- Tim mạch : Nhịp tim lần/ phút .

- Bụng:

- Cơ quan sinh dục ngoài:
- Xương khớp:
- Thần kinh: + Phản xạ:
- + Trương lực cơ:

3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

4. Tóm tắt bệnh án :

5. Chỉ định theo dõi:

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:

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

3. Phương pháp điều trị:.....

4. Tình trạng sơ sinh ra viện.....

5. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm.....
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	Bác sỹ điều trị
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	

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

BỆNH ÁN TÂM THẦN

MS: 07/BV-01
 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. Trình độ văn hoá..... 7. Ngoại kiều:
 8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
 Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố.....
 9. Nơi làm việc: 10. Đối tượng: 1. BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác
 11. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT
 12. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../..... 14. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> 3. Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	15. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
16. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	18. Chuyên viện: 1. Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyên đến
17. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Giờ.....phút...../...../.....	19. 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"/> 20. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

21. Nơi chuyên đến: 22. KKB, Cấp cứu: 23. Khi vào khoa điều trị..... + Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	24. Ra viện: + Bệnh chính: + Bệnh kèm theo + Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>
--	---

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị 1. Khôi <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <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

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 lào	<input type="checkbox"/>
03	- Rượu bia	<input type="checkbox"/>	06	- Khác	<input type="checkbox"/>

+ Gia đình: (ông, bà, cha, mẹ, anh, chị em ruột, con cái, họ hàng có ai mắc bệnh gì không: chú ý bệnh thần kinh, tâm thần)?:

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng .....	.kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

+ Cơ- Xương- Khớp:

+ Tai- Mũi- Họng:

+ Răng- Hàm- Mặt:

+ Mắt:

+ Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

.....

.....

.....

3. Khám:

a. Thần kinh:

Dây thần kinh sọ não:

.....

.....

Đáy mắt:

.....

Vận động:

.....

.....

Trương lực cơ:

.....

Cảm giác (nông, sâu):

.....

Phản xạ:

.....

.....

b. Tâm thần:

Biểu hiện chung:

.....

.....

Ý thức định hướng lực: - Không gian:

.....

- Thời gian:

.....

- Bản thân:

.....

Tình cảm, cảm xúc:

.....

.....

Tri giác: (khả năng nhận thức thực tại khách quan, các rối loạn):

.....

.....

Tư duy: - Hình thức:

.....

- Nội dung:

.....

.....

Hành vi tác phong: - Hoạt động có ý chí:

.....
- Hoạt động bản năng:

Trí nhớ: - Nhớ máy móc:

.....
- Nhớ thông hiểu:

Trí năng: - Khả năng phân tích:

.....
- Khả năng tổng hợp:

Chú ý:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Tóm tắt triệu chứng và hội chứng:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

+ Bệnh chính:

+ Bệnh kèm theo (nếu có):

+ Phân biệt:

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính 2. Nghi ngờ 3. Ác tính

3. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

.....

.....

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		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ				Họ tên .....

Sở Y tế:

MS: 08/BV-01

Bệnh viện:

BỆNH ÁN DA LIỄU

Số lưu trữ:

Khoa:Giường.....

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...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- Chuyển đến
16. Chuyển Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
16. Chuyển Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyên đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện:
21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính:
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo
+ Phẫu thuật: <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	+ Tai biến: <input type="checkbox"/>
	+ Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm
1. Khỏi <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong:
4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Tử vong <input type="checkbox"/>	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/>
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
1. Lành tính <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/>	
3.ÁC TÍNH <input type="checkbox"/>	

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"/>	(dị nguyên)	04	- Thuốc lá <input type="checkbox"/>	
02	- Ma túy <input type="checkbox"/>		05	- Thuốc lào <input type="checkbox"/>	
03	- Rượu bia <input type="checkbox"/>		06	- Khác <input type="checkbox"/>	

+ Gia đình:

III. Khám bệnh:

1. Toàn thân: (*ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch,.....*)

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp...../.....	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cận nặng	kg

2. Triệu chứng cơ năng:

3. Thương tổn căn bản: (*sơ phát, thứ phát, tính chất, loại phân bố, kích thước, hình dáng, màu sắc vv...*)

4. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Thận -Tiết niệu - sinh dục:

+ Thần kinh ngoại biên:

+ Các cơ quan khác:

5. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

6. 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:

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:

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:.....

3. Phương pháp điều trị:

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
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	Bác sỹ điều trị
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	Họ tên
- Xét nghiệm			
- Khác.....		Họ tên.....	Họ tên
- Toàn bộ hồ sơ			

Sở Y tế:

Bệnh viện:

Khoa:Giường.....

BỆNH ÁN HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU

MS: 09/BV-01

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 ngàytháng..... 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...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
<input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
<input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện:
21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính:
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo
+ Phẫu thuật: <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/>	26. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm
1. Khởi <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	27. Nguyên nhân chính tử vong:
25. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	28. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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 lào	<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):

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....^oC
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cận nặngkg

- 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. Mẫn 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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

.....

.....

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		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ				Họ tên .....

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

BỆNH ÁN NGOẠI KHOA

MS: 10/BV-01
 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 ngàytháng..... 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...../...../.....	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../.....
Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>
Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyên đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: (tôn thương) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(nguyên nhân): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3.Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v...)

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 lào	<input type="checkbox"/>
03	- Rượu bia	<input type="checkbox"/>	06	- Khác	<input type="checkbox"/>

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng .....	.kg

2. Bệnh ngoại khoa:

3. Các cơ quan:

- + Tuần hoàn:
-
-
-
-
- + Hô hấp:
-
-
-
-
- + Tiêu hoá:
-
-
-
-
- + Thận- Tiết niệu- Sinh dục:
-
-
-
-
- + Thần Kinh:
-
-
-
-
- + Cơ- Xương- Khớp:
-
-
-
-
- + Tai- Mũi- Họng:
-
-
- + Răng- Hàm- Mặt:
-
-
- + Mắt:
- + Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:
-
-

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....

5. 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:**

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:****2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:****3. Phương pháp điều trị:**

- Phẫu thuật

- Thủ thuật

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

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: Họ tên.....	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Người nhận hồ sơ: Họ tên.....	Họ tên
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý: (hoàn cảnh, thời gian bị bệnh, diễn biến, xử lý 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"/>	(dị nguyên)	04	- Thuốc lá <input type="checkbox"/>	
02	- Ma túy <input type="checkbox"/>		05	- Thuốc lào <input type="checkbox"/>	
03	- Rượu bia <input type="checkbox"/>		06	- Khác <input type="checkbox"/>	

+ Gia đình:

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

.....
.....
.....

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng .....	.kg

2. Tổn thương bông (khám tại chỗ):

3. Các cơ quan:

- + Thần kinh:
-
- + Tuần hoàn:
-
- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hoá:
-
- + Cơ-Xương- Khớp:
-
- + Tiết niệu:
-
- + Sinh dục:
-
- + Khác:
-

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. 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:

.....

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

.....

3. Phương pháp điều trị:.....

.....

.....

- Phẫu thuật

- Thủ thuật

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

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.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			
		Họ tên.....	Họ tên.....

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

BỆNH ÁN UNG BƯỚU

MS: 12/BV-01
 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="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	17. Chuyên viện: 1. Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyên đến
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/> 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến: 21. KKB, Cấp cứu: 22. Khi vào khoa điều trị ..........T.....N.....M.....giai đoạn..... - Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/> 23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> 24. Tổng số lần phẫu thuật <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện: + Bệnh chính: T.....N.....M.....giai đoạn..... + Bệnh kèm theo + Chẩn đoán trước phẫu thuật: + Chẩn đoán sau phẫu thuật:
---	--

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Dỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	28. 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"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong: 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
---	---

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm
Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện

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: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v..)

.....
.....

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 lào	<input type="checkbox"/>
03	- Rượu bia	<input type="checkbox"/>	06	- Khác	<input type="checkbox"/>

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v..).

.....
.....

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân:

..... Mạch lần/ph
..... Nhiệt độ.....^oC
..... Huyết áp/..... mmHg
..... Nhịp thở..... lần/ph
..... Cân nặng kg

2. Bộ phận tổn thương:

.....
..... Hình vẽ hoặc ảnh Mô tả tổn thương

3. Các cơ quan:

- + Thần kinh:
-
- + Tuần hoàn:
-
- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hoá:
-
- + Cơ-Xương-Khớp:
-
-
- + Tiết niệu:
-
- + Sinh dục:
-
- + Khác:
-

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....

.....

.....

5. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

- + Bệnh chính: T..... N..... M..... giai đoạn.....
- + Bệnh kèm theo (nếu có):
- + Phân biệt:

V. Tiên lượng:

.....

VI. Hướng dẫn điều trị:

.....

.....

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

- XN máu: - X quang:

- XN tế bào: - Siêu âm:

- XN BLGP: - Các XN khác:

.....

3. Phương pháp điều trị:

1. Điều trị triệt để: 2. Điều trị triệu chứng:

- Tia xạ tiền phẫu: tại u: Gy Tại hạch:

- Tia xạ đơn thuần: tại u: Gy Tại hạch:

- Phẫu thuật (tên):

- Tia xạ hậu phẫu: tại u: Gy Tại hạch:

- Hoá chất (phác đồ):

Số đợt:

Đáp ứng: 1. Không đáp ứng 2. Bán phần 3. Hoàn toàn

- Điều trị khác:

.....

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		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ				Họ tên.....

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

BỆNH ÁN RĂNG - HÀM - MẶT

MS: 13/BV-01
 Số lưu trữ:
 Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):	2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: 1. Nam <input type="checkbox"/> 2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:		<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dân tộc:	6. Ngoại kiều:		<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....			<input type="text"/> <input type="text"/>
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố.....			<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đối tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>
10. BHYT giá trị đến ngày .....tháng..... năm	Số thẻ BHYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
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="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... 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..... - Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật 2.Do gây mê 3.Do nhiễm khuẩn 4.Khác 23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> 24. Tổng số lần phẫu thuật <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện: + Bệnh chính: (tổn thương) (nguyên nhân): + Bệnh kèm theo + Chẩn đoán trước phẫu thuật: + Chẩn đoán sau phẫu thuật:
--	---

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	28. 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.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong: 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
---	---

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

3. Các cơ quan :

- + Tâm thần, thần kinh:
-
- + Tuần hoàn:
-
- + Hô hấp:
-
- + Tiêu hoá:
-
- + Da và mô dưới da:
-
- + Cơ-Xương-Khớp:
-
-
- + Tiết niệu- sinh dục:
-
- + Khác:
-

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....

.....

.....

5. 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 dẫn điều trị:

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

3. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

- Phẫu thuật <input type="checkbox"/>		- Thủ thuật <input type="checkbox"/>	
Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

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.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	

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

BỆNH ÁN TAI - MŨI - HỌNG

MS: 14/BV-01
 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 ngàytháng..... 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="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm <input type="text"/> <input type="text"/> Số ngày ĐTr <input type="text"/> <input type="text"/> 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 Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Khoa <input type="text"/> 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..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biện chứng: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/> 23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> 24. Tổng số lần phẫu thuật <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh chính: (tổn thương) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (nguyên nhân): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 1. Khôi <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"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghỉ ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	28. 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.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm
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: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v...)

.....
.....

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 lào	<input type="checkbox"/>
03	- Rượu bia	<input type="checkbox"/>	06	- Khác	<input type="checkbox"/>

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).

.....
.....

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

.....
.....
.....
.....
.....

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng .....	.kg

2. Bệnh chuyên khoa:

.....
.....
.....

Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện

Màng nhĩ phải

Màng nhĩ trái

Mũi Trước

Mũi sau

.....
.....

Thanh quản

Họng

Cổ nghiêng phải

Cổ nghiêng trái

3. Các cơ quan:

+ Tâm thần, thần kinh:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Da và mô dưới da:

+ Cơ -Xương -Khớp:

+ Tiết niệu- Sinh dục:

+ Khác:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. 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 dẫn điều trị:

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:

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

3. Phương pháp điều trị:

- Phẫu thuật - Thủ thuật

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

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.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	

Họ và tên.....

Họ và tên.....

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính:

--	--	--	--	--

- Bệnh kèm theo (nếu có):

--	--	--	--	--

4. Phương pháp điều trị:

.....
.....
.....
.....
.....

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....
.....
.....
.....
.....

6. 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.....	Người nhận hồ sơ:
- CT Scanner			
- Siêu âm		Họ tên.....	Họ tên.....
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			

3. Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện

					Phân loại khe hở
Phải	Thẳng	Trái	Hàm trên và Họng	Hàm dưới	môi vòm miệng
					1 và 4 là khe hở môi
					2 và 5 là khe hở xương ổ răng
					3 và 6 là khe hở cung hàm
					7 và 8 là khe hở vòm miệng cứng
					9 là khe hở vòm miệng mềm

4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Chẩn đoán của khoa khám bệnh:

.....

6. Đã xử lý của tuyến dưới:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Điều trị ngoại trú từ ngày/...../..... đến ngày/...../.....

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

Ngày.....tháng.....năm.....
BÁC SỸ KHÁM BỆNH

Họ và tên.....

Họ và tên.....

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

.....

3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính:

--	--	--	--

- Bệnh kèm theo (nếu có):

--	--	--	--

4. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

.....

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

.....

.....

.....

6. 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.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm		Người nhận hồ sơ:	
- Xét nghiệm		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			

Sở Y tế:

MS: 17/BV-01

Trung tâm y tế:

Số nhập trạm y tế:

Trạm y tế xã, phường:

BỆNH ÁN

(Dùng cho tuyến xã, phường)

Giường số:

A. 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. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố
7. Nơi làm việc: 8. Đối tượng: 1. BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác
9. BHYT giá trị đến ngày tháng năm Số thẻ BHYT
10. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
 Điện thoại số:
11. Đến khám bệnh lúc: giờ phút ngày / /

B. BỆNH ÁN:

I. Lý do vào trạm: Vào ngày thứ của bệnh

II. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lý:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:

.....

+ Gia đình:

.....

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động ...)

..... Mạch lần/ph

..... Nhiệt độ °C

..... Huyết áp / mmHg

..... Nhịp thở lần/ph

..... Cân nặng kg

2. Các cơ quan:

.....

.....

.....

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN
Bệnh viện.....
Khoa:.....
Buồng: . . . Giường: . . .

BỆNH ÁN NỘI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN

MS: 18/BV-01
Mã người bệnh:.....
Mã YT:.....
Số vào viện:.....
Số lưu trữ:

PHẦN I: PHẦN CHUNG

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. Quốc tịch:
7. Địa chỉ hiện tại: 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. Số thẻ BHYT: Có giá trị sử dụng từ ngày tháng năm
11. Số căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin:
..... số điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../..... 14. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	15. 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="text"/>
16. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Ngày /tháng /năm Ngày ĐT <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	18. Chuyển viện: 1. Chuyển đến <input type="checkbox"/> 2. Chuyển đi <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
17. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Ngày /tháng /năm Ngày ĐT <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	19. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Chuyển viện <input type="checkbox"/> 3. Trốn viện <input type="checkbox"/> 4. Xin ra viện <input type="checkbox"/>
	20. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN THEO YHHĐ	MÃ	CHẨN ĐOÁN THEO YHCT	MÃ
21. Nơi chuyên đến:	<input type="text"/>	25. Nơi chuyên đến:	<input type="text"/>
22. KKB/Cấp cứu.....	<input type="text"/>	26. KKB/Cấp cứu	<input type="text"/>
23. Vào khoa điều trị	<input type="text"/>	27. Vào khoa điều trị:	<input type="text"/>
- Bệnh chính.....	<input type="text"/>	- Bệnh chính.....	<input type="text"/>
- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>	- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>
+ Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>		+ Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>	
24. Ra viện:	<input type="text"/>	28. Ra viện:	<input type="text"/>
- Bệnh chính.....	<input type="text"/>	- Bệnh chính.....	<input type="text"/>
- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>	- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>
+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>		+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

29. Kết quả điều trị	31. Tình hình tử vong: .....giờ.....phút ngày tháng ... năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="text"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="text"/>
2. Đỡ <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="text"/>	4. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 5. Sau 24 giờ vào viện <input type="text"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	32. Nguyên nhân chính tử vong:
30. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết)	33. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 34. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	

Ngày . . . tháng . . . năm

Giám đốc
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Trưởng khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. LÝ DO VÀO VIỆN

II. BỆNH SỬ

.....
.....
.....
.....
.....

III. TIỀN SỬ

1. Bản thân:

+ 1. Dị ứng 2. Rượu 3. Ma túy 4. Thuốc lá 5. Khác

Mô tả (nếu có):
.....
.....

+ Đặc điểm liên quan đến bệnh tật:

2. Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH

1 Khám toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động...)
.....
.....
.....

Mạch	lần/phút
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	mmHg
Nhịp thở.....	lần/phút
Cân nặng.....	kg
Chiều cao.....	cm
BMI	

2. Khám bộ phận:

Tuần hoàn:

Hô hấp:

Tiêu hóa:

Tiết niệu - sinh dục:

Thần kinh:

Cơ xương khớp:

Tai - Mũi - Họng:

Răng - Hàm - Mặt:

Mắt:

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác (nếu có):

V. CẬN LÂM SÀNG

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

- Phân biệt:

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. VỌNG CHẨN

1. **Hình thái:** 1. Gầy 2. Béo 3. Cân đối 4. Nằm co 5. Nằm duỗi 6. Ưa tĩnh 7. Ưa động 8. Khác

2. **Thân:** 1. Còn thân 2. Không còn thân 3. Khác

3. **Sắc:** 1. Bệch (trắng) 2. Đỏ 3. Vàng 4. Xanh 5. Đen 6. Bình thường 7. Khác

4. **Trạch** 1. Tươi nhuận 2. Khô 3. Khác

5. Lưỡi:

- Hình thái: 1. Bình thường 2. Lệch 3. Rụt 4. Khác

- Chất lưỡi, sắc lưỡi: 1. Đậm 2. Bệu 3. Gầy mỏng 4. Nứt 5. Cứng 6. Loét

7. Hồng 8. Nhợt 9. Đỏ 10. Đỏ sẫm 11. Tím 12. Khác

- Rêu lưỡi: 1. Có 2. Không 3. Bong 4. Dầy 5. Mỏng 6. Ướt 7. Khô 8. Nhuận

9. Dính 10. Trắng 11. Vàng 12. Khác

6. Mô tả khác (nếu có)

II. VĂN CHẨN

1. Âm thanh:

1.1. Tiếng nói: 1. Bình thường 2. To 3. Nhỏ 4. Đứt quãng 5. Khàn 6. Ngọng 7. Mất 8. Khác

1.2. Hơi thở: 1. Bình thường 2. Đứt quãng 3. Ngắn 4. Mạnh 5. Yếu

6. Thô 7. Rít 8. Khò khè 9. Chậm 10. Gấp 11. Khác

1.3. Ho: 1. Có 2. Không

1. Ho liên tục 2. Con 3. Ít 4. Nhiều 5. Khan 6. Có đờm 7. Khác

1.4. Ợ: 1. Có 2. Không

1.5. Nắc 1. Có 2. Không

2. Mùi:

2.1 Mùi cơ thể, mùi hơi thở: 1. Có 2. Không
1. Chua 2. Khắm 3. Tanh 4. Thối 5. Hôi 6. Khác

2.2 Chất thải biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
1. Đờm 2. Chất nôn 3. Phân 4. Nước tiểu 5. Khí hư 6. Kinh nguyệt 7. Khác

3. Mô tả khác (nếu có)

III. VẤN CHẨN

1. Hàn nhiệt:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
1. Thích nóng 2. Sợ nóng 3. Thích mát 4. Sợ lạnh 5. Trong người nóng
6. Trong người lạnh 7. Rét run 8. Hàn nhiệt vãng lai 9. Khác

2. Mô hôi: 1. Bình thường 2. Không có mồ hôi 3. Tự hãn 4. Đạo hãn 5. Nhiều 6. Ít 7. Khác

3. Đầu mặt cổ: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

- Đau đầu: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Di chuyển 5. Ê ẩm 6. Nhói
7. Căng 8. Nặng đầu 9. Đau thắt 10. Khác

- Hoa mắt chóng mặt: 1. Có 2. Không

- Mắt: 1. Nhìn không rõ 2. Đau 3. Khác

- Tai: 1. ù 2. Điếc 3. Đau 4. Khác

- Mũi: 1. Ngạt 2. Chảy nước 3. Chảy máu cam 4. Đau 5. Khác

- Họng: 1. Đau 2. Khô 3. Khác

- Cổ vai: 1. Mỏi 2. Đau 3. Khó vận động 4. Khác

4. Lưng: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
1. Mỏi lưng 2. Đau 3. Khó vận động 4. Khác

5. Ngực: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
1. Tức 2. Đau 3. Ngột ngạt khó thở 4. Đau tức cạnh sườn
5. Đánh trống ngực 6. Khác

6. Bụng: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
1. Đau 2. Sôi bụng 3. Nóng ruột 4. Đầy trướng 5. Khác

7. Chân tay: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
1. Đau 2. Tê 3. Buồn 4. Mỏi 5. Nhức 6. Nóng 7. Lạnh 8. Khác

8. Ăn: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
1. Thích nóng 2. Thích mát 3. Ăn nhiều 4. Ăn ít 5. Đắng miệng 6. Nhạt miệng
7. Thèm ăn 8. Chán ăn 9. Ăn vào bụng chướng 10. Khác

9. Uống: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
Thích uống: 1. Mát 2. Ấm nóng 3. Nhiều 4. Ít 5. Khác

10. Đại, tiểu tiện: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
- Tiểu tiện: 1. Vàng 2. Đỏ 3. Đục 4. Buốt 5. Rất 6. Không tự chủ 7. Bí 8. Khác

- Đại tiện: 1. Táo 2. Nát 3. Sống 4. Lông 5. Nhầy mũi 6. Bí 7. Khác

11. Ngủ: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
1. Khó vào giấc ngủ 2. Hay tỉnh 3. Hay mê 4. Ngủ ít 5. Khác

12. Khả năng sinh dục-sinh sản
Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không 3. Mãn dục

12.1 Nam giới:

1. Liệt dương 2. Di tinh 3. Hoạt tinh 4. Mộng tinh 5. Lãnh tinh 6. Khác

12.2 Nữ giới:

1. Vô sinh 2. Động thai 3. Sảy thai 4. Sảy thai liên tiếp 5. Khác
- Kinh nguyệt: biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
- + Rối loạn kinh nguyệt: 1. Trước kỳ 2. Sau kỳ 3. Bề kinh 4. Khác
- + Thống kinh: 1. Trước kỳ 2. Trong kỳ 3. Sau kỳ 4. Khác
- Đới hạ: biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
1. Vàng 2. Trắng 3. Hồng 4. Hôi 5. Khác

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		

13. Các yếu tố liên quan đến xuất hiện bệnh: 1. Có 2. Không

14. Mô tả khác (nếu có)

IV. THIẾT CHẨN

- 1. Xúc chẩn:** Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
- Da: 1. Khô 2. Nóng 3. Lạnh 4. Ướt 5. Chân tay nóng
6. Chân tay lạnh 7. Ẩn lõm 8. Ẩn đau 9. U/Cục 10. Khác
- Cơ - xương - khớp: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
1. Mềm nhẽo 2. Căng cứng 3. Ẩn đau 4. Khác
- Bụng: biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
1. Chướng 2. Tích 3. Tụ 4. Thiên án 5. Cự án 6. Khác
- Mồ hôi: biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
1. Toàn thân 2. Trán 3. Tay 4. Chân 5. Khác
- 2. Mạch chẩn:** 1. Trầm 2. Trì 3. Phù 4. Sác 5. Hoạt 6. Huyền 7. Nhu 8. Khác
- Tổng khám: Bên phải (Khí, dương):
- Bên trái (Huyết, âm):
- Vi khám: + Mạch tay trái: Thốn Quan Xích
- + Mạch tay phải: Thốn Quan Xích

<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		

3. Mô tả khác (nếu có)

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ

VII. CHẨN ĐOÁN

1. **Bệnh danh:**

2. **Bát cương:**

1. Biểu 2. Lý 3. Hư 4. Thực 5. Hàn 6. Nhiệt 7. Âm 8. Dương

3. **Nguyên nhân:** 1. Nội nhân 2. Ngoại nhân 3. Bất nội ngoại nhân

4. **Tạng phủ:** 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận 6. Tâm bào 7. Tiểu trường 8. Đờm 9. Vị 10. Đại trường 11. Bàng quang 12. Tam tiêu 13. Phủ kỳ hỗng

5. **Kinh, mạch:** 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận 6. Tâm bào 7. Tiểu trường 8. Đờm 9. Vị 10. Đại trường 11. Bàng quang 12. Tam tiêu 13. Mạch đốc 14. Mạch nhâm

6. **Định vị bệnh theo:** 1. Vệ 2. Khí 3. Dĩnh 4. Huyết

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. **Pháp điều trị:**

2. **Phương:**

- Phương dược

- Phương pháp điều trị không dùng thuốc

- Các phương pháp khác

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Hướng điều trị:

(Phương pháp điều trị, chế độ dinh dưỡng, chế độ chăm sóc, ...):

III. DỰ HẬU (TIỀN LƯỢNG):

..... giờ ngày tháng năm.

Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện:

2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:

4. Chẩn đoán vào viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

- Y học cổ truyền: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

5. Phương pháp điều trị:

- Y học hiện đại:

- Y học cổ truyền:

6. Kết quả điều trị: 1. Khởi 2. Đỡ 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong

7. Chẩn đoán ra viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

- Y học cổ truyền: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:

9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm..... Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
Loại	Số tờ		
- X – quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- MRI		Người nhận hồ sơ:	
- Khác.....			

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN
Bệnh viện.....
Khoa:.....
Buồng:.....

**BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ
Y HỌC CỔ TRUYỀN**

MS: 19/BV-01
Mã người bệnh:.....
Mã YT:.....
Số vào viện:.....
Số lưu trữ:.....

PHẦN I: PHẦN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*In hoa*): 2. Ngày tháng năm sinh: Tuổi
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: 6. Quốc tịch:
7. Địa chỉ hiện tại: Số nhà Thôn, phố: Xã, phường:
Huyện (Q, Tx, Tp): Tỉnh, thành phố:
8. Nơi làm việc:
9. Đối tượng: 1. BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác
10. Số thẻ BHYT: Có giá trị sử dụng từ ngày tháng năm
11. Số căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin:
..... số điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....phút ngày...../...../..... 14. Trực tiếp vào Khoa Khám bệnh <input type="checkbox"/>	15. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
Khoa Ngày /tháng /năm 16. Vào khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../.....	17. Chuyển viện: 1. Chuyển đến <input type="checkbox"/> 2. Chuyển đi <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến 18. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Chuyển viện <input type="checkbox"/> 3. Trốn viện <input type="checkbox"/> 4. Xin ra viện <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN THEO YHHĐ	MÃ	CHẨN ĐOÁN THEO YHCT	MÃ
20. Nơi chuyển đến:.....	<input type="text"/>	23. Nơi chuyển đến:.....	<input type="text"/>
21. Khoa Khám bệnh:.....	<input type="text"/>	24. Khoa Khám bệnh:.....	<input type="text"/>
- Bệnh chính:.....	<input type="text"/>	- Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
- Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>	- Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
.....		
.....		
.....		
+ Thủ thuật <input type="checkbox"/>		+ Thủ thuật <input type="checkbox"/>	
22. Ra viện:		25. Ra viện:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Bệnh chính:.....		- Bệnh chính:.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Bệnh kèm theo:.....		- Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....		
+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>		+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>	

IV. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

26. Khỏi 27. Đỡ 28. Không thay đổi 29. Nặng hơn 30. Tì vong

Giám đốc
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Trưởng khoa

(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày... tháng... năm.....
Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
(Ký và ghi rõ họ tên)

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. BỆNH SỬ:

.....
.....
.....
.....

III. TIỀN SỬ:

1. Bản thân:.....

+ 1. Dị ứng 2. Rượu 3. Ma túy 4. Thuốc lá 5. Khác

Mô tả (nếu có):

+ Đặc điểm liên quan đến bệnh tật:

2. Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH

4.1 Khám toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động...)

Mạch lần/phút

Nhiệt độ.....^oC

Huyết áp/..... mmHg

Nhịp thở.....lần/phút

Cân nặng.....kg

Chiều cao.....cm

BMI

4.2 Khám bộ phận:

Tuần hoàn:

Hô hấp:

Tiêu hóa:

Tiết niệu - sinh dục:

Thần kinh:

Cơ xương khớp:

Tai - Mũi - Họng:

Răng - Hàm - Mặt:

Mắt:

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác (nếu có):

V. TÓM TẮT KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG:.....
.....
.....

VI. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

- Phân biệt:

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. VỌNG CHẨN:

.....
.....
.....

II. VẤN CHẨN:

.....
.....
.....

III. VẤN CHẨN:

.....
.....
.....

IV. THIẾT CHẨN:

1. Xúc chẩn:

.....
.....

2. Mạch chẩn:

+ Mạch tay trái:

+ Mạch tay phải:

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

.....
.....
.....

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

.....
.....
.....
.....
.....

VII. CHẨN ĐOÁN:

1. Bệnh danh:
2. Bất cương:
3. Nguyên nhân:
4. Tạng phủ:
5. Kinh mạch:
6. Định vị bệnh (đinh, vậ, khí, huyết):

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp điều trị:
2. Phương:
- Phương dược:.....
.....
.....
.....
- Phương pháp điều trị không dùng thuốc:.....
.....
.....

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Hướng điều trị (Phương pháp điều trị, chế độ dinh dưỡng, chế độ chăm sóc, ...):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II. DỰ HẬU (TIỀN LƯỢNG):.....

.....
.....
.....
.....

... giờ ngày tháng năm

Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện:

2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....

.....

.....

3. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng:

.....

.....

4. Chẩn đoán vào viện:

- Y học hiện đại: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

.....

- Y học cổ truyền: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

.....

5. Phương pháp điều trị:

- YHHD:

- YHCT:

6. Kết quả điều trị: 1. Khỏi 2. Đỡ 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong

7. Chẩn đoán ra viện

- Y học hiện đại: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

.....

- Y học cổ truyền: Bệnh chính:

Bệnh kèm theo:

.....

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:

.....

9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp:

.....

Ngày... ..tháng... ..năm... ..

Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

Đơn vị chủ quản
Bệnh viện.....
Khoa:.....
Buồng: . . . Giường: . . .

BỆNH ÁN NỘI TRÚ NHI Y HỌC CỔ TRUYỀN

MS: 20/BV-01
Mã người bệnh:.....
Mã YT:.....
Số vào viện:
Số lưu trữ:

PHẦN I: PHẦN CHUNG

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. Quốc tịch:
7. Địa chỉ hiện tại: Số nhà Thôn, phố Xã, phường:
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố:
8. Nơi học tập:
9. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
10. Số thẻ BHYT: Có giá trị sử dụng từ ngày tháng năm
11. Số căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin:
.....số điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	15.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
14. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
16. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Ngày /tháng /năm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ngày ĐT <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Chuyển viện: 1. Chuyển đến <input type="checkbox"/> 2. Chuyển đi <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/>
17. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến
	19. Ra viện: giờ ngày/...../.....
	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin ra viện <input type="checkbox"/> 3. Trốn viện <input type="checkbox"/>
	20. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN THEO YHHD	MÃ	CHẨN ĐOÁN THEO YHCT	MÃ
21.1 Nơi chuyển đến:	<input type="text"/>	21.2. Nơi chuyển đến:	<input type="text"/>
22.1.KKB/Cấp cứu.....	<input type="text"/>	22.2.KKB/Cấp cứu	<input type="text"/>
23.1. Khi vào khoa điều trị		23.2 Vào khoa điều trị:	
- Bệnh chính.....	<input type="text"/>	- Bệnh chính.....	<input type="text"/>
- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>	- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>
+ Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>		+ Thủ thuật <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật <input type="checkbox"/>	
24.1 Ra viện:		24.2 Chẩn đoán ra viện:	
- Bệnh chính.....	<input type="text"/>	- Bệnh chính.....	<input type="text"/>
- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>	- Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/>
+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>		+ Tai biến <input type="checkbox"/> + Biến chứng <input type="checkbox"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị	27. Tình hình tử vong: .....giờ.....phút ngày tháng năm.....
1. Khởi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đờ <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	4. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 5. Sau 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	28. Nguyên nhân chính tử vong:
26. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	29. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:

Giám đốc

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Ngày . . . tháng . . . năm

Trưởng khoa

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. BỆNH SỬ:

III. TIỀN SỬ:

1. Tình hình lúc đẻ:

+ Con thứ 1, 2, 3, 4, 5

1. Đẻ đủ, 2. thiếu tháng

Cân nặng: 1. $\leq 2,5$ kg, 2. $> 2,5$ kg

1. Đẻ dễ, 2. khó

+ Lúc đẻ ngạt thở

Có

Không

+ Thời gian rụng rốn: 1. bình thường (5-7 ngày), 2. bất thường (>7 ngày)

2. Chế độ ăn:

a) < 1 tuổi: bú mẹ, nhân tạo, hỗn hợp

Tháng cai sữa:

b) > 1 tuổi:

3. Phát dục:

+ Tháng biết lẫy: bình thường (3-4 tháng), chậm > 4 tháng

+ Tháng biết bò: bình thường (6-7 tháng), chậm > 7 tháng

+ Tháng biết đi: bình thường (9-12 tháng), chậm > 12 tháng

+ Tháng biết nói:

+ Tháng mọc răng: bình thường (> 6 tháng), chậm > 12 tháng

+ Tuổi bắt đầu có kinh nguyệt:

4. Đã tiêm chủng:

Có

Không

5. Bệnh đã mắc:

Có

Không

- Mô tả:

+ Cá nhân:

+ Gia đình:

6. Đặc điểm sinh hoạt (Vật chất, tinh thần, nghề nghiệp):.....

7. Tiền sử đặc biệt khác (nếu có):.....

IV. KHÁM BỆNH:

4.1 Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động...)

Mạch	lần/phút
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhịp thở.....	lần/phút
Cân nặng.....	kg
Chiều cao.....	cm
BMI.....	

4.2 Khám bộ phận:

Tuần hoàn:

Hô hấp:

Tiêu hóa:

Tiết niệu - sinh dục:

Thần kinh:

Cơ xương khớp:

Tai - Mũi - Họng:

Răng - Hàm - Mặt:

Mắt:

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác (nếu có):

V. CẬN LÂM SÀNG:

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

- Phân biệt:

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. VỌNG CHẨN:

1. **Hình thái:** 1. Gầy 2. Béo 3. Cân đối 4. Nằm co 5. Nằm duỗi 6. Ưa tĩnh 7. Ưa động 8. Khác

2. **Thần:** 1. Còn thần 2. Không còn thần 3. Khác

3. **Sắc:** 1. Bệch (trắng) 2. Đỏ 3. Vàng 4. Xanh 5. Đen 6. Bình thường 7. Khác

4. **Trạch:** 1. Tươi nhuận 2. Khô 3. Khác

5. Lưỡi:

- Hình thái: 1. Bình thường 2. Lệch 3. Rứt 4. Khác

- Chất lưỡi, sắc lưỡi: 1. Đậm 2. Bệu 3. Gầy mỏng 4. Nứt 5. Cứng 6. Loét
7. Hồng 8. Nhợt 9. Đỏ 10. Đỏ sẫm 11. Xanh tím 12. Khác

- Rêu lưỡi: 1. Có 2. Không 3. Dầy 4. Mỏng 5. Ướt 6. Khô 7. Khác 8. Nhuận
9. Dính 10. Trắng 11. Vàng 12. Khác

6. Chỉ tay (trẻ dưới 3 tuổi):

- Đường đi: 1. Phong quan 2. Khí quan 3. Mệnh quan

- Tính chất: 1. Nổi 2. Chìm 3. Hoạt 4. Trệ 5. Khác

- Hình dáng: 1. Thẳng 2. Chia nhánh 3. Liên tục 4. Đứt đoạn 5. Khác

- Màu sắc: 1. Đỏ 2. Đỏ tươi 3. Đỏ nhạt 4. Đỏ bầm (đỏ tím)
4. Xanh 5. Xanh tím 6. Xanh đen 7. Khác

7. Mô tả khác (nếu có):

II. VẤN CHẨN:

1. Âm thanh:

1.1. Tiếng nói: 1. Bình thường 2. To 3. Nhỏ 4. Đứt quãng 5. Khàn 6. Ngọng 7. Mất 8. Khác

1.2. Hơi thở: 1. Bình thường 2. Đứt quãng 3. Ngán 4. Mạnh 5. Yếu

6. Thô 7. Rít 8. Khò khè 9. Chậm 10. Gấp 11. Khác

1.3. Ho: 1. Có 2. Không

1.4. Ợ: 1. Có 2. Không

1.5. Nấc 1. Có 2. Không

2. Mùi:

- Mùi cơ thể, mùi hơi thở: 1. Có 2. Không

1. Chua 2. Khắm 3. Tanh 4. Thối 5. Hôi 6. Khác

- Chất thải biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

1. Đờm 2. Chất nôn 3. Phân 4. Nước tiểu 5. Khí hư 6. Kinh nguyệt 7. Khác

3. Mô tả khác (nếu có):

III. VẤN CHẨN:

1. Hàn nhiệt:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

1. Thích nóng 2. Sợ nóng 3. Thích mát 4. Sợ lạnh 5. Trong người nóng

6. Trong người lạnh 7. Rét run 8. Hàn nhiệt vãng lai 9. Khác

2. Mồ hôi:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

1. Không có mồ hôi 2. Tự hãn 3. Đạo hãn 4. Nhiều 5. Ít 6. Khác

3. Đau mặt cổ:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

- Đau đầu: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Di chuyển 5. Ê ẩm 6. Nhói

7. Căng 8. Nặng đầu 9. Đau thắt 10. Khác

2. Mạch chẩn (trẻ trên 3 tuổi): 1. Phù 2. Trầm 3. Trì 4. Sác
5. Tế 6. Huyền 7. Hoạt 8. Vô lực 9. Có lực 10. Khác

- Tổng khám: Bên phải (Khí, dương):

Bên trái (Huyết, âm):

- Vi khám: + Mạch tay trái: Thốn

--	--	--

 Quan

--	--	--

 Xích

--	--	--

+ Mạch tay phải: Thốn

--	--	--

 Quan

--	--	--

 Xích

--	--	--

3. Mô tả khác (nếu có):

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

VII. CHẨN ĐOÁN:

1. Bệnh danh:

--	--	--	--	--	--

2. Bát cương: 1. Biểu 2. Lý 3. Hư 4. Thực 5. Hàn 6. Nhiệt 7. Âm 8. Dương

--	--	--	--	--	--

3. Nguyên nhân: 1. Nội nhân 2. Ngoại nhân 3. Bất nội ngoại nhân

--	--	--	--	--

4. Tạng phủ: 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận
6. Tâm bào 7. Tiểu trường 8. Đờm 9. Vị 10. Đại trường 11. Bàng quang
12. Tam tiêu 13. Phủ kỳ hỗng

--	--	--	--	--

5. Kinh mạch: 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận 6. Tâm bào 7. Tiểu trường 8. Đờm
9. Vị 10. Đại trường 11. Bàng quang 12. Tam tiêu 13. Mạch đốc 14. Mạch nhâm

--	--	--	--	--	--

6. Định vị bệnh theo: 1. Vệ 2. Khí 3. Dinh 4. Huyết

--	--	--	--

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp:

2. Phương:

- Phương dược:

- Phương pháp điều trị không dùng thuốc:

- Các phương pháp khác:

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Hướng điều trị:

(Phương pháp điều trị, chế độ dinh dưỡng, chế độ chăm sóc, ...):

III. DỰ HẬU (TIỀN LƯỢNG):

..... giờ ngày tháng năm
Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện:
2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:
-
-
-
3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:.....
-
-
-
4. Chẩn đoán vào viện:
- Y học hiện đại: Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo:
-
- Y học cổ truyền: Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo:
-
5. Phương pháp điều trị:
- Y học hiện đại:
- Y học cổ truyền:
6. Kết quả điều trị: 1. Khỏi 2. Đỡ 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong
7. Chẩn đoán ra viện
- Y học hiện đại: Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo:
-
- Y học cổ truyền: Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo:
-
8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:
-
-
-
9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:
-

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm..... Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
Loại	Số tờ		
- X – quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- MRI		Người nhận hồ sơ:	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên

BỆNH ÁN MẮT

(Chấn thương)

MS: 21/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT..... /210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:..... 2. Ngày sinh Tuổi
3. Giới: Nam Nữ 4. Nghề nghiệp:.....
5. Dân tộc:..... 6. Ngoại kiều:.....
7. Địa chỉ: Số nhà..... Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Quận, thị xã)..... 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 20..... Số thẻ BHYT:.....
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:.....
Số điện thoại liên lạc:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện..... giờ..... phút 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 mấy <input type="checkbox"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa..... ng / th / năm Số ngày ĐT..... Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến.....
16. Chuyển <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	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..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 21. KKB, Cấp cứu..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/> 23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện + Bệnh chính: (tổn thương)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (nguyên nhân)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh kèm theo..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 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"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) 1. Lành tinh <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong:.....giờ.....phút 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. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN: ngày thứ..... của bệnh

II. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý (Nguyên nhân, thời gian chấn thương, các phương pháp đã điều trị, diễn biến sau điều trị)

2. Tiền sử:

Bản thân:- Mắt

- Toàn thân.....

Gia đình:.....

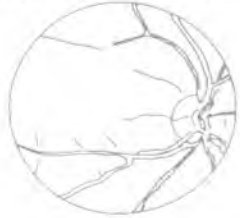
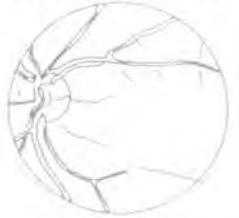
III. KHÁM BỆNH

1. Khám chuyên khoa

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Mắt phải	Mắt trái
<p>1. Mi mắt - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/></p> <p>- Sụp mi <input type="checkbox"/> Độ.....</p> <p>- Rách mi: Lốp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/></p> <p>Chưa khâu <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lệ quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/></p> <p>- Các tổn thương khác:</p>	<p>1. Mi mắt - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/></p> <p>- Sụp mi <input type="checkbox"/> Độ.....</p> <p>- Rách mi: Lốp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/></p> <p>Chưa khâu <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lệ quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/></p> <p>- Các tổn thương khác:</p>
<p>2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/>Rách KM <input type="checkbox"/></p> <p>Thiếu máu <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Tổn thương khác</p>	<p>2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> cương tụ <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/>Rách KM <input type="checkbox"/></p> <p>Thiếu máu <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Tổn thương khác</p>
<p>Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện</p> 	<p>Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện</p> 

<p>3. Giác mạc</p> <p>- Trong <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>- Tủa mắt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/></p> <p>- Ngấm máu <input type="checkbox"/> Abces <input type="checkbox"/> Trợt <input type="checkbox"/> Loét <input type="checkbox"/></p> <p>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí.....</p> <p>Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhở <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn <input type="checkbox"/></p> <p>Đã khâu <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu <input type="checkbox"/></p> <p>- Tổn thương khác</p>	<p>3. Giác mạc</p> <p>- Trong <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>- Tủa mắt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/></p> <p>- Ngấm máu <input type="checkbox"/> Abces <input type="checkbox"/> Trợt <input type="checkbox"/> Loét <input type="checkbox"/></p> <p>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí.....</p> <p>Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhở <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn <input type="checkbox"/></p> <p>Đã khâu <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu <input type="checkbox"/></p> <p>- Tổn thương khác</p>
<p>4. Cung mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Giãn lồi <input type="checkbox"/></p> <p>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí.....</p> <p>Đã khâu <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/></p> <p>- Tổn thương khác</p>	<p>4. Cung mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Giãn lồi <input type="checkbox"/></p> <p>- Rách <input type="checkbox"/> kích thước vị trí.....</p> <p>Đã khâu <input type="checkbox"/> Chưa khâu <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức <input type="checkbox"/></p> <p>- Tổn thương khác</p>
<p>5. Tiền phòng</p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Chất thể thủy tinh <input type="checkbox"/></p> <p>Mủ <input type="checkbox"/> Xuất tiết <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/> mức độ.....</p> <p>Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:.....</p>	<p>5. Tiền phòng</p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Chất thể thủy tinh <input type="checkbox"/></p> <p>Mủ <input type="checkbox"/> Xuất tiết <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/> mức độ.....</p> <p>Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:.....</p>
<p>6. Mống mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Đứt chân mống mắt <input type="checkbox"/>.....Mất mống mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Thủng mống mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Đồng tử: Kích thước.....mm. PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....Giãn liệt <input type="checkbox"/></p> <p>Ánh đồng tử :..... Không quan sát được <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Mống mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Đứt chân mống mắt <input type="checkbox"/>.....Mất mống mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Thủng mống mắt <input type="checkbox"/></p> <p>Đồng tử: Kích thước.....mm. PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....Giãn liệt <input type="checkbox"/></p> <p>Ánh đồng tử :..... Không quan sát được <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/></p> <p>Viêm mủ <input type="checkbox"/> Đã đặt IOL <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>	<p>7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Vỡ <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/></p> <p>Viêm mủ <input type="checkbox"/> Đã đặt IOL <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>
<p>8. Dịch kính: Đục dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết dịch kính <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:.....</p>	<p>8. Dịch kính: Đục dịch kính <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết dịch kính <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:.....</p>
<p>9. Vỡ mạc:</p> <p>Hệ mạch:.....Đĩa thị.....</p> <p>Phù <input type="checkbox"/>Xuất huyết <input type="checkbox"/></p> <p>Bong võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> mức độ.....</p>	<p>9. Vỡ mạc:</p> <p>Hệ mạch:.....Đĩa thị.....</p> <p>Phù <input type="checkbox"/>Xuất huyết <input type="checkbox"/></p> <p>Bong võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> mức độ.....</p>

Rách võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết rách Hình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước Vị trí Tổn thương khác..... MP 	Rách võng mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết rách Hình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước Vị trí Tổn thương khác..... MT 
9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nhãn cầu: Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi	9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Dị vật <input type="checkbox"/> Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nhãn cầu: Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi

2. Toàn thân

- Chưa có biểu hiện bệnh lý

- Bệnh lý.....

.....

.....

Mạch: Lần/phút
 Nhiệt độ: °C
 Huyết áp: mmHg
 Nhịp thở: lần/phút
 Cân nặng: Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

.....

V. TÓM TẮT :

.....

.....

VI. CHẨN ĐOÁN:.....

Bệnh chính.....

.....

Bệnh kèm theo.....

.....

Phân biệt.....

VII. TIỀN LƯỢNG.....

VIII. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp.....

.....

Ngày tháng năm 20.....
BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

Khoa:.....Giường.....

BỆNH ÁN MẮT

(Bán phần trước)

MS: 22/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../ 210 / 200 /

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa) 2. Sinh ngày: Tuổi

3. Giới tính: 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 200.... 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...../...../ 200...	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm <input type="text"/> <input type="text"/> Số ngày ĐT <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển Khoa <input type="text"/>giờ.....phút/...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	- Chuyển đến
Khoa <input type="text"/>giờ.....phút/...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Ra viện .....giờ.....ngày...../...../.....
Khoa <input type="text"/>giờ.....phút/...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>
Khoa <input type="text"/>giờ.....phút/...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	19. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB, cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: (tổn thương) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(Nguyên nhân) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị	28. Tình hình tử vong: giờ.....phút ngày.....tháng.....năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1.Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
2. Ổn, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1.Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3.Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	

Ngày.....tháng.....năm 200....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

+ Nguyên nhân:

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

+ Phẫu thuật:

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Kết quả:

+ Biến chứng/di chứng:

+ Hướng điều trị tiếp:

Người giao hồ sơ:

Người nhận hồ sơ:

Ngày.....tháng.....năm 200....

Bác sỹ điều trị

Họ tên.....

Họ tên

Họ tên

A - BỆNH ÁN

1. Lý do vào viện:

2. Bệnh sử:

- Thời gian xuất hiện bệnh

- Nguyên nhân (nếu có)

- Các phương pháp đã điều trị

3. Tiền sử:

- Bản thân:

+ Tại mắt:

+ Toàn thân:

- Gia đình : + Bệnh mắt.....

+ Bệnh toàn thân

4. Khám bệnh

4.1 Khám mắt

	MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
1. Thị lực	Không kính :..... Qua lỗ :..... Có chỉnh kính..... Nhìn gần	Không kính :..... Qua lỗ :..... Có chỉnh kính..... Nhìn gần
2. Nhãn áp	.....	.....
3. Lác và vận nhãn	.....	.....
4. Lệ đạo	Bơm lệ quản: Nước thoát tốt : <input type="checkbox"/> Trào lệ quản đối diện: <input type="checkbox"/> Trào tại chỗ: <input type="checkbox"/>	Bơm lệ quản: Nước thoát tốt : <input type="checkbox"/> Trào lệ quản đối diện: <input type="checkbox"/> Trào tại chỗ: <input type="checkbox"/>
5. Mi mắt	Bình thường: <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Chấp <input type="checkbox"/> Lẹo <input type="checkbox"/> Sẹo da mi <input type="checkbox"/> Sụp mi <input type="checkbox"/> Khác :..... -U mi <input type="checkbox"/> Tính chất u	Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Chấp <input type="checkbox"/> Lẹo <input type="checkbox"/> Sẹo da mi <input type="checkbox"/> Sụp mi <input type="checkbox"/> Khác :..... -U mi <input type="checkbox"/> Tính chất u
	Vị trí .....Kích thước	Vị trí .....Kích thước
	-Quặm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	-Quặm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	+ Mi trên 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/>	+ Mi trên 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/>
	+ Mi dưới 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/>	+ Mi dưới 1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/>
	-Hở mi: <input type="checkbox"/>	-Hở mi : <input type="checkbox"/>
	-Trễ mi: <input type="checkbox"/>	- Trễ mi : <input type="checkbox"/>

6. Kết mạc

-Khuyết mi: $1/3$ trong $1/3$ giữa $1/3$ ngoài

-Tuyến bờ mi: Bình thường

Viêm tắc nhẹ Vừa Nặng

-Viêm bờ mi (chân lông mi)

-Tổn thương khác:

-Cương tụ: Toả lan Rìa
Ở KM nhãn cầu Ở rìa Toàn bộ

-Phù nề Xuất huyết Sừng hoá

-Nhú Hột Sẹo

-Tiết tổ mù Tiết tổ trong Giả mạc

-Bất màu fluor

-U kết mạc: + Tính chất.....
+ Vị trí.....
+ Kích thước.....

-Cùng đồ: Bình thường Cận Đỉnh

+ Chiều cao của cầu đỉnh:
• Đỉnh ở cùng đồ, chưa vào sụn
• Đỉnh cùng đồ, vào sụn nhưng chưa hết chiều cao sụn
• Đỉnh hết chiều cao sụn mi
• Đỉnh cả bờ mi hoặc điểm lệ

+ Độ rộng của cầu đỉnh:
• $\leq 1/3$ chiều dài mi
• $1/3 - 2/3$ chiều dài mi
• $\geq 2/3$ chiều dài mi

Tổn thương khác:

-Khuyết mi: $1/3$ trong $1/3$ giữa $1/3$ ngoài

-Tuyến bờ mi: Bình thường

Viêm tắc nhẹ Vừa Nặng

-Viêm bờ mi (chân lông mi)

-Tổn thương khác:

-Cương tụ: Toả lan Rìa
Ở KM nhãn cầu Ở rìa Toàn bộ

-Phù nề Xuất huyết Sừng hoá

-Nhú Hột Sẹo

-Tiết tổ mù Tiết tổ trong Giả mạc

-Bất màu fluor

-U kết mạc: + Tính chất.....
+ Vị trí.....
+ Kích thước.....

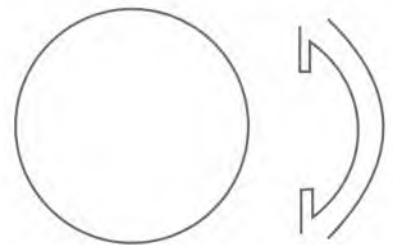
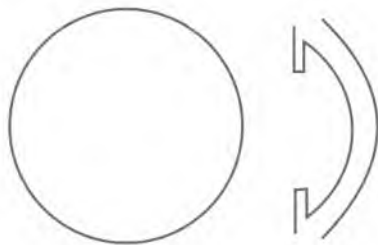
-Cùng đồ: Bình thường Cận Đỉnh

+ Chiều cao của cầu đỉnh:
• Đỉnh ở cùng đồ, chưa vào sụn
• Đỉnh cùng đồ, vào sụn nhưng chưa hết chiều cao sụn
• Đỉnh hết chiều cao sụn mi
• Đỉnh cả bờ mi hoặc điểm lệ

+ Độ rộng của cầu đỉnh:
• $\leq 1/3$ chiều dài mi
• $1/3 - 2/3$ chiều dài mi
• $\geq 2/3$ chiều dài mi

Tổn thương khác:

7. Giác mạc



-Kích thước: Bình thường To Nhỏ

-Hình dạng: Bình thường Nón Cầu

-Biểu mô:
+ Tổn thương dạng chấm
+ Phù bong biểu mô Nhẹ Vừa Nặng

-Kích thước: Bình thường To Nhỏ

-Hình dạng: Bình thường Nón Cầu

-Biểu mô:
+ Tổn thương dạng chấm
+ Phù bong biểu mô Nhẹ Vừa Nặng

+Mắt biểu mô < 1/3d.tích 1/3-1/2d.tích > 1/2d.tích
 trung tâm Lệch tâm Sát rìa
 +Bờ tổn thương nhám nhờ trơn nhẵn đào rãnh
 + Thoái hoá dài bằng
 + Lắng đọng thuốc
 +Tổn thương khác:

-Nhu mô:
 +Phù: Nhẹ Vừa Nặng
 +Thấm lậu: Nông Sâu Rất sâu
 Khu trú Lan toả Nhiều ổ vệ tinh
 +Tiêu mông < 1/2 c/ dày > 1/2 c/ dày
 Ở rìa Lệch tâm Ở trung tâm
 +Tổn thương khác:

- Nội mô & Descemet:
 Nếp gấp Nhẹ Vừa Nặng
 Tủa sắc tố mắt sau GM Mù mắt sau
 Xuất tiết mắt sau Guttata
 Rạn màng Descemet Cuộn Descemet
 Tổn thương khác:

-Doạ thủng Kẹt mống mắt
 -Thùng giác mạc: Trung tâm Lệch tâm Sát rìa
 Seidel Đường kính thủng mm
 Thủng bit Không bit
 -Cảm giác giác mạc: Mất Giảm Bình thường
 -Tần mạch: + Nông, hướng tâm ly tâm
 + Sâu
 Mức độ ≤ 1/3 chu vi 1/3 – 2/3 chu vi ≥ 2/3 chu vi
 -Vùng rìa giác mạc: + Suy tế bào nguồn
 + Thoái hoá già
 + Lắng đọng Canxi, san hô
 -Bất thường khác:

8. Củng mạc

-Viêm: + Nốt Lan toả Áp xe
 +Nông Sâu
 -Viêm thượng củng mạc
 -Giãn lồi Tiêu mống Hoại tử
 -Chi tiết khác:

**9. Tiền phòng
(góc TP)**

-Bình thường Nông Mất TP Sâu
 -Mù mm Tyndal(+)
 -Màng xuất tiết
 -Máu mm
 -Tổn thương khác:

+Mắt biểu mô < 1/3d.tích 1/3-1/2d.tích > 1/2d.tích
 trung tâm Lệch tâm Sát rìa
 +Bờ tổn thương nhám nhờ trơn nhẵn đào rãnh
 + Thoái hoá dài bằng
 + Lắng đọng thuốc
 +Tổn thương khác:

-Nhu mô:
 +Phù: Nhẹ Vừa Nặng
 +Thấm lậu: Nông Sâu Rất sâu
 Khu trú Lan toả Nhiều ổ vệ tinh
 +Tiêu mông < 1/2 c/ dày > 1/2 c/ dày
 Ở rìa Lệch tâm Ở trung tâm
 +Tổn thương khác:

- Nội mô & Descemet:
 Nếp gấp Nhẹ Vừa Nặng
 Tủa sắc tố mắt sau GM Mù mắt sau
 Xuất tiết mắt sau Guttata
 Rạn màng Descemet Cuộn Descemet
 Tổn thương khác:

-Doạ thủng Kẹt mống mắt
 -Thùng giác mạc: Trung tâm Lệch tâm Sát rìa
 Seidel Đường kính thủng mm
 Thủng bit Không bit
 -Cảm giác giác mạc: Mất Giảm Bình thường
 -Tần mạch: + Nông, hướng tâm ly tâm
 + Sâu
 Mức độ ≤ 1/3 chu vi 1/3 – 2/3 chu vi ≥ 2/3 chu vi
 -Vùng rìa giác mạc: + Suy tế bào nguồn
 + Thoái hoá già
 + Lắng đọng Canxi, san hô
 -Bất thường khác:

-Viêm: + Nốt Lan toả Áp xe
 +Nông Sâu
 -Viêm thượng củng mạc
 -Giãn lồi Tiêu mống Hoại tử
 -Chi tiết khác:

-Bình thường Nông Mất TP Sâu
 -Mù mm Tyndal(+)
 -Màng xuất tiết
 -Máu mm
 -Tổn thương khác:

10. Mống mắt	Nâu xóp <input type="checkbox"/> Xơ teo <input type="checkbox"/> Cường tụ <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/> Phôi <input type="checkbox"/> Kẹt <input type="checkbox"/>	Nâu xóp <input type="checkbox"/> Xơ teo <input type="checkbox"/> Cường tụ <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/> Phôi <input type="checkbox"/> Kẹt <input type="checkbox"/>
11. Đồng tử	-Đường kính <input type="checkbox"/> mm -Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> Vị trí dính:..... -Phản xạ: <i>Tốt</i> <input type="checkbox"/> <i>Kém</i> <input type="checkbox"/> <i>Mất</i> <input type="checkbox"/> -Tổn thương khác:	-Đường kính <input type="checkbox"/> mm -Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> Vị trí dính:..... -Phản xạ: <i>Tốt</i> <input type="checkbox"/> <i>Kém</i> <input type="checkbox"/> <i>Mất</i> <input type="checkbox"/> -Tổn thương khác:
12. Thủy tinh thể	-Bình thường <input type="checkbox"/> -Hình thái đục:..... -Lệch: <input type="checkbox"/> -IOL: <i>Cản</i> <input type="checkbox"/> <i>Lệch</i> <input type="checkbox"/> <i>Đục bao sau</i> <input type="checkbox"/> <i>Trong TP</i> <input type="checkbox"/> <i>Trong HP</i> <input type="checkbox"/> -Tổn thương khác:	-Bình thường <input type="checkbox"/> -Hình thái đục:..... -Lệch: <input type="checkbox"/> -IOL: <i>Cản</i> <input type="checkbox"/> <i>Lệch</i> <input type="checkbox"/> <i>Đục bao sau</i> <input type="checkbox"/> <i>Trong TP</i> <input type="checkbox"/> <i>Trong HP</i> <input type="checkbox"/> -Tổn thương khác:
13. Ánh đồng tử	-Hồng <input type="checkbox"/> Xám <input type="checkbox"/> Không soi được <input type="checkbox"/>	-Hồng <input type="checkbox"/> Xám <input type="checkbox"/> Không soi được <input type="checkbox"/>
14. Dịch kính	Sạch <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....	Sạch <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....
15. Đáy mắt	-Gai thị: <i>Không soi được</i> <input type="checkbox"/> <i>Bình thường</i> <input type="checkbox"/> <i>Lõm teo gai</i> <input type="checkbox"/> <i>C/D</i> <i>Phù gai</i> <input type="checkbox"/> <i>Bạc màu gai thị</i> <input type="checkbox"/> -Võng mạc: - Hệ mạch máu:..... Tổn thương khác:.....	-Gai thị: <i>Không soi được</i> <input type="checkbox"/> <i>Bình thường</i> <input type="checkbox"/> <i>Lõm teo gai</i> <input type="checkbox"/> <i>C/D</i> <i>Phù gai</i> <input type="checkbox"/> <i>Bạc màu gai thị</i> <input type="checkbox"/> -Võng mạc: - Hệ mạch máu:..... Tổn thương khác:.....

4.2 Khám bệnh toàn thân :

- Huyết áp..... Nhiệt độ..... Mạch.....
- Nội tiết: Bình thường
 Có bệnh
- Tâm thần, thần kinh Bình thường
 Có bệnh
- Tuần hoàn Bình thường
 Có bệnh
- Hô hấp Bình thường
 Có bệnh
- Tiêu hoá Bình thường

- Có bệnh
- Cơ xương khớp Bình thường
- Có bệnh
- Tiết niệu, sinh dục Bình thường
- Có bệnh
- Khác

5.Xét nghiệm:

6. Kết luận:

- Chẩn đoán chính:
- Chẩn đoán kèm theo :
- Chẩn đoán phân biệt (nếu có):

7.Tiền lượng:

8 Hướng điều trị:

Ngày thángnăm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

BỆNH ÁN MẮT

(Đáy mắt)

MS: 23/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT..... /210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:.....	2. Ngày sinh	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tuổi	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Giới: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	4. Nghề nghiệp:			<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dân tộc:..... <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Ngoại kiều:.....			<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố	Xã, phường			
Huyện (Quận, thị xã)	<input type="text"/> <input type="text"/> Tỉnh (thành phố).....			<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đối tượng: 1.BHYT <input type="checkbox"/> 2.Thu phí <input type="checkbox"/> 3.Miễn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>			
10.BHYT giá trị đến ngày..... tháng năm 20.....	Số thẻ BHYT:			
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:				
	Số điện thoại liên lạc:			

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện giờ..... phút 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 mấy <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐT <input type="text"/>	Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1. Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>	- Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/> khoa <input type="text"/>	Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	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"/>
Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	19. Tổng số ngày điều trị.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện	
21. KKB, Cấp cứu.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: (tổn thương)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(nguyên nhân).....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>		+ Bệnh kèm theo.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>		+ Chẩn đoán trước phẫu thuật.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:.....	<input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị		28. Tình hình tử vong: .....giờ.....phút Ngày.....tháng.....năm.....	
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>		1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>	
2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>		1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>	
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>		29. Nguyên nhân chính tử vong.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết)		30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>			

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN: ngày thứ..... của bệnh

II. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý.....

2. Tiền sử:

Bản thân:.....

Gia đình:.....

III. KHÁM BỆNH

1. Khám chuyên khoa

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt Bình thường <input type="checkbox"/> Phù nề <input type="checkbox"/> Phản ứng thể mi <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:.....	1. Mi mắt Bình thường <input type="checkbox"/> Phù nề <input type="checkbox"/> Phản ứng thể mi <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:.....
2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ nông <input type="checkbox"/> Cương tụ sâu <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/>Seo KM <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:.....	2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ nông <input type="checkbox"/> Cương tụ sâu <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/>Seo KM <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:.....
3. Giác mạc - Trong <input type="checkbox"/> Seo <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> - Tủa mắt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa mỡ cừu <input type="checkbox"/> Tủa sắc tố <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> Vị trí tủa: - Seo GM <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác	3. Giác mạc - Trong <input type="checkbox"/> Seo <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> - Tủa mắt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa mỡ cừu <input type="checkbox"/> Tủa sắc tố <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> Vị trí tủa: - Seo GM <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác
4. Củng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Seo CM <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác:	4. Củng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Seo CM <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác:
5. Tiền phòng Sâu sạch <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Độ.....	5. Tiền phòng Sâu sạch <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Xuất huyết tiền phòng <input type="checkbox"/> Độ.....

Mủ, xuất tiết <input type="checkbox"/> Mức độ.....	Mủ, xuất tiết <input type="checkbox"/> Mức độ.....
Tyndall <input type="checkbox"/> Độ	Tyndall <input type="checkbox"/> Độ
Góc tiền phòng: Dính <input type="checkbox"/> Sắc tố <input type="checkbox"/> Tân mạch <input type="checkbox"/>	Góc tiền phòng: Dính <input type="checkbox"/> Sắc tố <input type="checkbox"/> Tân mạch
Tổn thương khác:.....	Tổn thương khác:.....
6. Móng mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/>	6. Móng mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/>
Tân mạch móng mắt <input type="checkbox"/>Hạt Koeppi <input type="checkbox"/>	Tân mạch móng mắt <input type="checkbox"/>Hạt Koeppi <input type="checkbox"/>
Hạt Busaca <input type="checkbox"/>	Hạt Busaca <input type="checkbox"/>
Đồng tử: Ánh đồng tử..... Kích thước.....mm.	Đồng tử: Ánh đồng tử..... Kích thước.....mm.
Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....	Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....
PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/>	PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/>
Bệnh lý khác:	Bệnh lý khác:
7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục vỡ T3 <input type="checkbox"/>	7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục vỡ T3 <input type="checkbox"/>
Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/>	Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/>
Dính sắc tố mặt trước thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/>	Dính sắc tố mặt trước thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Viêm mủ <input type="checkbox"/>
Tổn thương khác:	Tổn thương khác:
8. Dịch kính: Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ.....	8. Dịch kính: Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ.....
Viêm mủ <input type="checkbox"/>	Viêm mủ <input type="checkbox"/>
Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/>	Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/>
Tổn thương khác:.....	Tổn thương khác:.....
9. Vỡng mạc: Hệ mạch: Bình thường <input type="checkbox"/>	9. Vỡng mạc: Hệ mạch: Bình thường <input type="checkbox"/>
Tắc ĐM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> mi VM <input type="checkbox"/>	Tắc ĐM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> mi VM <input type="checkbox"/>
Tắc TM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/>	Tắc TM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/>
phù <input type="checkbox"/> thiếu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <input type="checkbox"/>	phù <input type="checkbox"/> thiếu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <input type="checkbox"/>
Viêm mao mạch <input type="checkbox"/> Tân mạch vỡng mạc <input type="checkbox"/>	Viêm mao mạch <input type="checkbox"/> Tân mạch vỡng mạc <input type="checkbox"/>
Tân mạch hắc mạc: dưới HĐ <input type="checkbox"/> ngoài HĐ <input type="checkbox"/>	Tân mạch hắc mạc: dưới HĐ <input type="checkbox"/> ngoài HĐ <input type="checkbox"/>
Đĩa thị: Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/> Bạc màu <input type="checkbox"/>	Đĩa thị: Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/> Bạc màu <input type="checkbox"/>
Tân mạch gai <input type="checkbox"/> <1/4 gai <input type="checkbox"/> 1/4 -1/2gai <input type="checkbox"/> > 1/2 gai <input type="checkbox"/>	Tân mạch gai <input type="checkbox"/> <1/4 gai <input type="checkbox"/> 1/4 -1/2gai <input type="checkbox"/> > 1/2 gai <input type="checkbox"/>
Hoàng điểm: Bình thường <input type="checkbox"/> Mất ánh HĐ <input type="checkbox"/>	Hoàng điểm: Bình thường <input type="checkbox"/> Mất ánh HĐ <input type="checkbox"/>
Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/>	Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/>
Lỗ: Độ..... lỗ lóp <input type="checkbox"/> giả lỗ <input type="checkbox"/>	Lỗ: Độ..... lỗ lóp <input type="checkbox"/> giả lỗ <input type="checkbox"/>
Sẹo HĐ có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/>	Sẹo HĐ có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/>
Thoái hóa VM: chu biên <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/>	Thoái hóa VM: chu biên <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/>
Hình thái thoái hóa:	Hình thái thoái hóa:
Xuất huyết: VM nông <input type="checkbox"/> VM sâu <input type="checkbox"/> Hắc mạc <input type="checkbox"/>	Xuất huyết: VM nông <input type="checkbox"/> VM sâu <input type="checkbox"/> Hắc mạc <input type="checkbox"/>
Xuất tiết : Cứng <input type="checkbox"/> Dạng bông <input type="checkbox"/>	Xuất tiết : Cứng <input type="checkbox"/> Dạng bông <input type="checkbox"/>
Bong thanh dịch <input type="checkbox"/> Bong BMST <input type="checkbox"/>	Bong thanh dịch <input type="checkbox"/> Bong BMST <input type="checkbox"/>

Ô viêm hắc mạc : Hoạt tính <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Số lượng: Vị trí Bong võng mạc <input type="checkbox"/> Mức độ:..... Rách võng mạc <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết rách Hình thái..... Tổn thương phối hợp:..... Bệnh lý khác	Ô viêm hắc mạc : Hoạt tính <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Số lượng: Vị trí Bong võng mạc <input type="checkbox"/> Mức độ:..... Rách võng mạc <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết rách Hình thái..... Tổn thương phối hợp:..... Bệnh lý khác
9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:..... Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....	9. Hốc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:..... Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....

2. Toàn thân

- Chưa có biểu hiện bệnh lý
- Bệnh lý.....

Mạch: Lần/phút
 Nhiệt độ: °C
 Huyết áp: mmHg
 Nhịp thở... .. lần/phút
 Cân nặng: Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

V. TÓM TẮT :

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính.....

Bệnh kèm theo.....

Phân biệt.....

VII. TIỀN LƯỢNG

VIII. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp.....

Ngày tháng năm 20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

BỆNH ÁN MẮT

(Glôcôm)

MS: 24/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:..... 2. Ngày sinh Tuổi

3. Giới: Nam Nữ 4. Nghề nghiệp:.....

5. Dân tộc:..... 6. Ngoại kiều:.....

7. Địa chỉ: Số nhà..... Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Quận, thị xã)..... 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 20..... Số thẻ BHYT:.....

11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:.....
Số điện thoại liên lạc:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện..... giờ..... phút ngày..... /..... /.....	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Tiếp tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa..... ng / th / năm Số ngày DT..... Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> khoa..... Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	- Chuyển đến.....
16. Chuyển <input type="text"/> khoa..... Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Ra viện..... giờ..... ngày...../...../.....
16. Chuyển <input type="text"/> khoa..... Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	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..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện
21. KKB, Cấp cứu..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: (tổn thương)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(nguyên nhân)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị	28. Tình hình tử vong:.....giờ.....phút Ngày.....tháng.....năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết)	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. Lý do đi khám:

- 1. Nhức mắt:
 - dữ dội
 - vừa
 - nhẹ
 - không
- 2. Nhìn:
 - mờ đột ngột
 - mờ từng lúc
 - sương mù
 - không mờ
 - mờ tăng dần
 - nhìn thu hẹp
 - quang tán sắc
- 3. Sợ ánh sáng, chảy nước mắt: có không
- 4. Đỏ mắt: có không
- 5. Toàn thân: đau đầu nôn buồn nôn không
- 6. Các triệu chứng khác:

II. Quá trình bệnh lý

- 1. Thời gian xuất hiện bệnh:
- 2. Cơ sở y tế đã khám và điều trị: Huyện Tỉnh Trung ương Khác
- 3. Phương pháp đã điều trị: Phẫu thuật Thuốc Laser
- 4. Phẫu thuật, thủ thuật đã thực hiện:

	Mắt phải				Mắt trái			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Loại phẫu thuật Thủ thuật								
	1. cắt bè CGM 2. cắt bè+CCH 3. cắt CMS 4. cắt CCM+CCH 5. cắt MM ngoại vi 6. van dẫn lưu 7. quang đông TM 8. lạnh đông TM 9. sửa sẹo bọt 10. kẹt cứng mạc 11. Laser MM ngoại vi 12. Laser tạo hình MM 13. Laser tạo hình bè 14. Khác (CB+TTT; CB+CDK-BVM...)							
Thời điểm p.thuật								
Nơi phẫu thuật								
	1. bệnh viện huyện 2. bệnh viện tỉnh 3. bệnh viện trung ương 4. nơi khác							

- 5. Thuốc hạ nhãn áp đã dùng:
 - uống
 - tra mắt
 - tiêm
 - 1 thuốc
 - 2 thuốc
 - 3 thuốc
 - 4 thuốc

Mắt	Tên thuốc	Liều dùng	Thời gian đã dùng	Ghi chú (lí do thay cắt thuốc)

6. Các thuốc khác:

7. Tiến trình điều trị:

III. Tiền sử các bệnh mắt khác

- Cận thị Viễn thị Chấn thương Viêm màng bồ đào
- Viêm phần trước nhãn cầu Tắc TMTTVM Đã PT mắt:
- Bệnh khác:
- Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. Tên thuốc:
- Thời gian sử dụng:
- Đường dùng: Tra mắt Tiêm mắt Toàn thân
- Theo chỉ định của bác sỹ Bệnh nhân tự dùng thuốc

VI. Tiền sử bệnh toàn thân

- Tim mạch Huyết áp (cao, thấp) Đái đường

Rò động mạch cảnh - xoang hang

Bệnh khác:

V. Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình

ông, bà

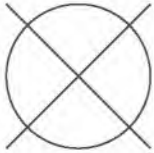
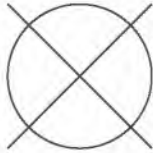
bố, mẹ

anh, chị, em

cô, dì, chú, bác

VI. Khám bệnh

1. Khám mắt

	Mắt phải	Mắt trái
1. Thị lực vào viện Không kính Có kính	..........	..........
2. Nhãn áp (Maclakov, Goldmann )	..... mmHg	..... mmHg
3. Mi mắt: - Sung nề - Khác	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Kết mạc - Cương tụ - Sẹo mổ cũ - Bọng dò	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có vị trí..... <input type="checkbox"/> tốt <input type="checkbox"/> đục <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có vị trí..... <input type="checkbox"/> tốt <input type="checkbox"/> đục <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát
5. Giác mạc - Tình trạng trong suốt - Phù nề, bọng biểu mô - Độ dày giác mạc - Tủa (số lượng, vị trí) - Đường kính giác mạc	<input type="checkbox"/> trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ.....	<input type="checkbox"/> trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ.....
6. Củng mạc - Dẫn lồi - Sẹo mổ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có vị trí.....	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có vị trí.....
7. Tiền phòng - Độ sâu (p.p Smith) - P.p Herick	.....mm <1/4. 1/4.1/2.≥GM	.....mm <1/4. 1/4.1/2.≥GM
8. Góc tiền phòng		
Dấu hiệu khác:	.....	.....
9. Mống mắt - Màu sắc - Tình trạng thoái hoá - Tân mạch <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
10. Đồng tử - Đường kính - Viên sắc tố - Phản xạ	<input type="checkbox"/> tròn <input type="checkbox"/> méo <input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất	<input type="checkbox"/> tròn <input type="checkbox"/> méo <input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất
11. Thể thủy tinh	<input type="checkbox"/> trong <input type="checkbox"/> đục <input type="checkbox"/> nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ	<input type="checkbox"/> trong <input type="checkbox"/> đục <input type="checkbox"/> nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ
12. Dịch kính	..........	..........
13. Đáy mắt - Vòng mạc - Hoàng điểm - Tân mạch - Xuất huyết <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

14. Đĩa thị giác - Viên thần kinh - Màu sắc - C/D - Mạch máu - Xuất huyết - Teo cạnh gai	<input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> bất thường (<input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương) <input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> chuyển hướng <input type="checkbox"/> gập góc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> bất thường (<input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương) <input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> chuyển hướng <input type="checkbox"/> gập góc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
15. Vận nhãn, lác	..... .....	..... .....
16. Nhãn cầu	<input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> dẫn lỗi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ	<input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> dẫn lỗi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ
17. Hốc mắt	..... .....	..... .....

2. Toàn thân

- Huyết áp.....Nhiệt độ.....Mạch.....

- Nội tiết bình thường
 có bệnh
- Tâm thần, thần kinh bình thường
 có bệnh
- Tuần hoàn: bình thường
 có bệnh
- Hô hấp bình thường
 có bệnh
- Tiêu hoá: bình thường
 có bệnh
- Cơ - xương - khớp: bình thường
 có bệnh
- Tiết niệu, sinh dục bình thường
 có bệnh
- Khác:

VII. Các xét nghiệm cần làm:

VIII. Chẩn đoán:

1. Bệnh chính

- Mắt phải:.....
- Mắt trái:.....

2. Bệnh kèm theo:

MP.....
 MT.....

3. Bệnh toàn thân:

XI. Chỉ định điều trị:

X. Tiên lượng:

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

--	--	--	--

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán khi ra viện

- Mắt phải: Mã bệnh □□□□

- Mắt trái: Mã bệnh □□□□

2. Phương pháp điều trị:

Phẫu thuật:

Laser:

Thuốc:

3. Tình trạng ra viện

- Mắt phải:

.....

- Mắt trái:

.....

Thị lực ra viện: không kính: MP:..... MT:..... Nhân áp ra viện MP:..... mmHg

có kính: MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

4. Hướng điều trị tiếp theo

Theo dõi:

.....

Phẫu thuật:

.....

Laser:

.....

Thuốc:

.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày..... tháng..... năm 20.....
Loại	Số tờ		
- X quang		Họ tên..... Người nhận hồ sơ:	Bác sỹ điều trị
- CT scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên.....

BỆNH ÁN MẮT

(Lác, sụp mí)

MS: 24/BV-01

Số lưu trữ:.....

Mã YT..... /210/20.....

Khoa:.....Giường:.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:..... 2. Ngày sinh Tuổi
3. Giới: Nam Nữ 4. Nghề nghiệp:.....
5. Dân tộc:..... 6. Ngoại kiều:.....
7. Địa chỉ: Số nhà..... Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Quận, thị xã)..... 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 20..... Số thẻ BHYT:.....
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:.....
..... Số điện thoại liên lạc:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện..... giờ..... phút ngày..... /..... /.....	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa..... ng / th / năm Số ngày ĐT..... Giờ..... phút..... /..... /..... <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> khoa..... Giờ..... phút..... /..... /..... <input type="text"/> <input type="text"/>	- Chuyển đến.....
<input type="text"/> khoa..... Giờ..... phút..... /..... /..... <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Ra viện..... giờ..... ngày..... /..... /.....
<input type="text"/> khoa..... Giờ..... phút..... /..... /..... <input type="text"/> <input type="text"/>	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..... <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện
21. KKB, Cấp cứu..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: (tổn thương)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(nguyên nhân)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị	28. Tình hình tử vong:..... giờ..... phút Ngày..... tháng..... năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết)	30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	

Giám đốc bệnh viện

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện Lác Sụp mí Khác

II. Hỏi bệnh

1. Quá trình bệnh lý

- Nguyên nhân : Bẩm sinh
 - Mắc phải Từ bao giờ.....
- Triệu chứng chính : Lác trong Lác ngoài Lác chéo
 - Sụp mí Rung giật nhãn cầu Khác
- Đã điều trị: Tập nhược thị Phương pháp
- Kết quả: Tốt Trung bình Kém
- Phẫu thuật Phương pháp
- Kết quả: Tốt Mổ non Mổ già

2. Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường Bệnh lý
- Gia đình: Không Có

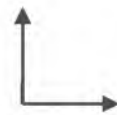
III. Khám bệnh

1. Bệnh chuyên khoa:

- Thị lực vào viện: Không kính: MP: MT.....
- Có kính: MP.....MT.....
- Khúc xạ máy : Trước Atropine : MP.....MT.....
- Sau Atropine: MP.....MT.....
- Soi bóng đồng tử :
- Sau Atropine:



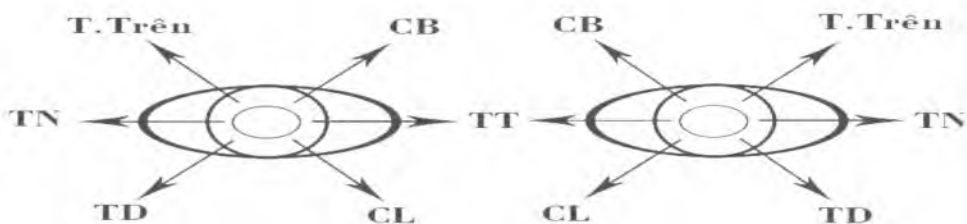
MP



MT

- Vận nhãn ngoại lai:
Gia tăng (+) (++) (+++)

Hạn chế (-) (--) (---)



- Vận nhãn nội tại: MP Bình thường Bệnh lý
- MT Bình thường Bệnh lý
- Điểm cận qui tụ: Bình thường 6- 8 cm Bệnh lý.....
- Rung giật nhãn cầu : Không Có
- Kiểu RGNC.....

Góc hãm: Không Có

- Thử nghiệm che mắt : Trả trong ra Trả ngoài vào Trả chéo

- Hình thái và tính chất lác:

- Độ lác: Hirschberg: Trước atropine..... Sau atropine.....

Lăng kính: Trước atropine..... Sau atropine.....

Nhìn gần:..... Nhìn xa.....

Nhìn lên..... Nhìn xuống.....

- Hội chứng:

-Synoptophore : Khách quan.....Chủ quan.....

-Tình trạng thị giác hai mắt: Đồng thị Hợp thị Phù thị

Biên độ hợp thị:.....

-Tương ứng võng mạc: Bình thường Bất bình thường

- Song thị : Không Có

- Tư thế bù trừ : Không Có

Khám mắt	Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt - Sụp mi: mức độ - Epicanthus - Chức năng cơ nâng mi - Marcus gunn - Dấu hiệu Bell - Khác	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Kết mạc	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý
3. Phần trước nhãn cầu	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý
4. Phần sau nhãn cầu và đáy mắt Định thị	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Trung tâm <input type="checkbox"/> Cận tâm <input type="checkbox"/> Ngoại tâm	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Trung tâm <input type="checkbox"/> Cận tâm <input type="checkbox"/> Ngoại tâm

2. Toàn thân:

- Huyết áp.....Nhiệt độ.....Mạch.....

- Nội tiết: Bình thường
 Có bệnh

- Tâm thần, thần kinh Bình thường
 Có bệnh

- Tuần hoàn: Bình thường
 Có bệnh

- Hô hấp: Bình thường
Có bệnh
- Tiêu hoá: Bình thường
Có bệnh
- Cơ, xương, khớp: Bình thường
Có bệnh
- Tiết niệu, sinh dục: Bình thường
Có bệnh
- Khác:.....

IV. Các xét nghiệm cần làm:

V. Chẩn đoán

- Bệnh chính.....Mã.....
- Bệnh kèm theo.....Mã.....
- Phân biệt.....

VI. Điều trị

- Phương pháp chính:
-
- Chế độ ăn uống.....
- Chế độ chăm sóc.....

VII. Tiên lượng:.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Bác sĩ làm bệnh án

Họ và tên:.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

+ Nguyên nhân:

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

+ Phẫu thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Tình trạng người bệnh ra viện:

Thị lực ra viện: Không kính: MP.....MT Nhân áp ra viện: MP: MT
 Có kính : MPMT.....

+ Hướng điều trị tiếp:

Hồ sơ, phim, ảnh		Người nhận hồ sơ:	Ngày... .. tháng... .. năm 20...
Loại	Số tờ		
- X- quang		Họ tên Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Bác sỹ điều trị
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ			

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

- Nguyên nhân: Bẩm sinh Mắc phải Từ bao giờ.....
- Triệu chứng chính: Nhìn mờ Đau nhức Đỏ mắt Chói mắt
- Đã điều trị: Nội khoa Phẫu thuật

1. Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường Bệnh lý
- Gia đình: Không Có
- Tiền sử thai nghén bệnh lý: Không Có
- Phát triển trí tuệ: Bình thường Bệnh lý

III. Khám bệnh

1. Bệnh chuyên khoa

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

- Vận nhãn ngoại lai: MP Bình thường Bệnh lý
- MT Bình thường Bệnh lý

- Vận nhãn nội tại: MP Bình thường Bệnh lý
- MT Bình thường Bệnh lý

- Rung giật nhãn cầu : Không Có

	Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt		
- Quặm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
- Epicanthus	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
- Sụp mi	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
- U	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
- Khác	.....	.....

2. Lệ đạo	.....	.....
3. Kết mạc		
- Cương tụ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
- Xuất huyết	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
- Xuất tiết	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
- U	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
- Khác	.....	.....
4. Giác mạc		
- Tình trạng trong suốt	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Sẹo	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Sẹo
	<input type="checkbox"/> Loạn dưỡng	<input type="checkbox"/> Loạn dưỡng
	<input type="checkbox"/> Thoái hóa	<input type="checkbox"/> Thoái hóa
- Phù nề, bong biểu mô	.....	.....
- U (vị trí, kích thước)	.....	.....
- Tủa (số lượng, vị trí)	.....	.....

2. Toàn thân:

- Huyết áp..... Nhiệt độ..... Mạch.....
- Nội tiết: Bình thường
Bệnh lý
- Tâm thần, thần kinh Bình thường
Bệnh lý
- Tuần hoàn: Bình thường
Bệnh lý
- Hô hấp: Bình thường
Bệnh lý
- Tiêu hoá: Bình thường
Bệnh lý
- Cơ, xương, khớp: Bình thường
Bệnh lý
- Tiết niệu, sinh dục: Bình thường
Bệnh lý
- Khác:.....

IV. Các xét nghiệm cần làm

V. Chẩn đoán

1. Bệnh chính

- Mắt phải:.....
- Mắt trái:.....

2. Bệnh kèm theo:

3. Phân biệt:

VI. Điều trị

1. Phương pháp chính:

2. Chế độ ăn uống:

3. Chế độ chăm sóc:

VII. Tiên lượng:

Ngày tháng năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

--	--	--	--

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Kết quả:

.....

.....

+ Biến chứng/di chứng:

.....

.....

+ Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Người nhận hồ sơ: Họ tên	<i>Ngày.....tháng.....năm 20.....</i> Bác sỹ điều trị Họ tên
---	--	---

Bà Y tế/Sở Y tế:

Bệnh viện/Trung tâm:

Khoa:

Huồng Giường:

**BỆNH ÁN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**Nội trú Nội trú ban ngày

Số vào viện:

Số lưu trữ:

Mã NB:

Mã YT:

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (tên gọi): 2. Sinh ngày: Tuổi:
 3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:
 5. Dân tộc: 6. Người kiêu:
 7. Địa chỉ: Số nhà: Thôn, phố Xã, phường
 Huyện (Q. Tx): Tỉnh, thành phố:
 8. Nơi làm việc: 9. Đợt tương: 1. BHYT 2. Bảo phí 3. Miễn 4. Khác
 10. BHYT giá trị sử dụng từ ngày: tháng năm Số thẻ BHYT:
 11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:

Điện thoại số:

* Giấy CN khuyết tật: a) Không có b) Có (Dạng khuyết tật: Mục độ KT:**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

12. Vào viện: giờ: phút: ngày: tháng: năm:
 13. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu 2. KKB 3. Khoa điều trị
 Khoa: Ngày (th/niêm): Số ngày DT:
 14. Vào khoa: Giờ: phút:
 15. Chuyển: Giờ: phút:
 Khoa: Giờ: phút:
 16. Chuyển: Giờ: phút:
 Khoa: Giờ: phút:
 17. Chuyển viện: 1. Từ nơi này 2. Từ nơi khác 3. UK
 Chuyển đến:
 18. Ra viện: giờ: ngày:
 1. Ra viện 2. Về viện 3. Bảo vệ 4. Khác
 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 - Phẫu thuật
 23. Ra viện:
 - Bệnh chính:
 - Bệnh kèm theo:
 - Tai biến - Biến chứng

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị:
 1. Khỏi 2. Chưa khỏi 3. Không báo cáo
 25. Các phẫu thuật (khi có phẫu thuật):
 1. Lành lặn 2. Ngập nước 3. Khác
 26. Tình hình tư vấn: giờ: phút: ngày: tháng: năm:
 1. Đa bệnh 2. Đa cơ chế điều trị 3. Khác
 1. Trong 24 giờ vào viện 2. Sau 24 giờ vào viện
 27. Nguyên nhân chính tư vấn:
 28. Khám nghiệm tư vấn 29. Chẩn đoán giai phẫu tư vấn:

Ngày: tháng: năm:
 Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. HỒI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến trước ...*)

.....
.....
.....
.....
.....

2. Tiền sử bệnh (*chú ý các yếu tố bệnh lý liên quan đến khuyết tật nếu có*):

+ Dị ứng:.....

+ Bản thân.....

.....
.....

+ Gia đình.....

.....
.....

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân (*ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mạch:.....lần/ph
Nhiệt độ:.....°C
Huyết áp:...../.....mmHg
Nhịp thở:.....lần/ph
Cân nặng.....kg
Chiều cao.....cm
Chỉ số BMI.....

2. Tình trạng đau (*Mô tả vị trí, tính chất, mức độ...*)

.....
.....
.....
.....

3. Các cơ quan

3.1. Tâm thần, thần kinh: (*Tri giác; vận động; cảm giác; phản xạ gân xương, phản xạ da, phản xạ bệnh lý; trương lực cơ; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợp; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác...*)

.....
.....
.....
.....
.....

3.2. Cơ xương khớp, cột sống (*hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp; thử cơ bằng tay...*)

.....

.....
.....
.....
.....
3.3. Các chuyên khoa khác (tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tiết niệu, sinh dục...)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG
.....
.....
.....

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN
.....
.....
.....

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

- + Bệnh, tật chính:
- + Bệnh, tật kèm theo (nếu có):
- + Phân biệt:

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Những khó khăn chính trong hoạt động chức năng của người bệnh:
.....
.....
.....
.....
.....

2. Mục tiêu điều trị PHCN (mục tiêu cụ thể, đo lường được, thực tế, có thể đạt được và có thời gian hoàn thành)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Chương trình can thiệp PHCN: (những bài tập, kỹ thuật, điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN ...nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)
.....
.....

.....
.....

4. Điều trị các bệnh lý kèm theo và chế độ chăm sóc người bệnh:

.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

.....
.....
.....
.....

3. Phương pháp điều trị và PHCN

.....
.....
.....
.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

Vận động và di chuyển:

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

Nhận thức:

Các chức năng khác:

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội

Yếu tố môi trường và cá nhân

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN.... nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

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:	Họ tên:.....
Xét nghiệm			
Khác ...			
Toàn bộ hồ sơ				Họ tên

(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....
Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại...)

.....
.....
.....
.....

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện - tiểu tiện...)

.....
.....
.....
.....

1.3. Nhận thức, giao tiếp (định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)

.....
.....
.....
.....

1.4. Các chức năng khác (rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan...)

.....
.....
.....
.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (chẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội)

.....
.....
.....
.....

3. Yếu tố môi trường (Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)

.....
.....
.....
.....

4. Yếu tố cá nhân (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...)

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....

II. HỒI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý (*khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến trước ...*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Tiền sử của mẹ

Tiền sử sản khoa: Sinh Sớm Sẩy Sống

Tuổi của mẹ khi sinh trẻ này:.....

Tình trạng sức khỏe của mẹ khi mang thai:.....

3. Tiền sử của con

Con thứ: Tuổi thai:..... tuần (1. Đủ tháng 2. Non tháng 3. Già tháng)

Cân nặng khi sinh: gam (1. Đủ cân 2. Cân thấp 3. Rất thấp)

Tình trạng khi sinh: 1. Dễ thường 2. Forceps 3. Giác hút 4. Đẻ chỉ huy 5. Mổ đẻ

Tình trạng sau sinh: Tiêm phòng vacxin.....

4. Tiền sử gia đình: Số con trong gia đình.....số trẻ có bất thường

Gia đình có người nhiễm chất độc da cam

III. KHÁM BỆNH

1. **Thể trạng chung** (*ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...)*:

.....

Cân nặng:..... kg; Chiều cao:..... cm; Vòng đầu:.....cm.; Nhiệt độ°C; Mạch.....lần/ph;
Huyết áp...../..... mm/ph; Nhịp thở.....lần/ph

2. Các cơ quan:

2.1. **Tâm thần, thần kinh:** (*Tri giác, vận động, cảm giác; phản xạ bệnh lý, phản xạ gân xương, da, trương lực cơ; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợ; hội chứng tiểu não, ngoại tháp,các hội chứng khác...)*

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.2. **Hệ cơ xương khớp, cột sống** (*tình trạng cơ, xương, khớp cột sống: hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp...)*

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.3. **Các chuyên khoa khác** (*tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục, mắt, tai, mũi, họng, răng,*

4. Hội nhập xã hội và khả năng tham gia các hoạt động gia đình, xã hội (cải tạo môi trường tiếp cận với trẻ khuyết tật: nhà ở và khả năng thích nghi môi trường sống, các hoạt động hướng nghiệp...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

.....
.....
.....
.....
.....

3. Phương pháp điều trị và PHCN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

Vận động và di chuyển:

.....
.....

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

.....
.....

Nhận thức:

.....
.....

Các chức năng khác:

.....
.....

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội

.....
.....

Yếu tố môi trường và cá nhân

.....
.....

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (bao gồm chỉ định dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế, dụng cụ trợ giúp...)

.....
.....
.....
.....
.....

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 ...		Họ tên:.....	Họ tên:.....
Toàn bộ hồ sơ			

(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....
Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại...)

.....
.....
.....
.....

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện - tiểu tiện...)

.....
.....
.....
.....

1.3. Nhận thức, giao tiếp (định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)

.....
.....
.....
.....

1.4. Các chức năng khác (rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan.....)

.....
.....
.....
.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (chẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội

.....
.....
.....
.....

3. Yếu tố môi trường (Đánh giá tiếp cận môi trường của trẻ khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)

.....
.....
.....
.....

4. Yếu tố cá nhân (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...)

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

BYT/Sở Y tế:
 Bệnh viện:

**BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ
 PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

Số ngoại trú:
 Số lưu trữ:

I. HÀNH CHÍNH:

Tuổi

1. Họ và tên (*In hoa*): 2. Sinh ngày:
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 từ ngàytháng..... năm Số thẻ BHYT
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
 Điện thoại số
12. Đến khám bệnh lúc: giờ phút ngày tháng năm
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: 1. Y tế 2. Tự đến
- * Giấy CN khuyết tật: a). Không có b). Có (*Dạng khuyết tật..... ; Mức độ KT:.....*)

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý:

.....

2. Tiền sử bệnh:

- + Dị ứng:
- + Bản thân: (*chú ý các yếu tố liên quan đến khuyết tật nếu có*):
- + Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH:

1. Toàn thân:

.....

2. Các bộ phận:

.....

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:

.....

4. Chẩn đoán ban đầu:

5. Đã xử lý (*thuốc, chăm sóc*):

.....

Mạch lần/ph

Nhiệt độ..... °C

Huyết áp/..... mmHg

Nhịp thở..... lần/ph

Cân nặngkg

Chỉ số BMI.....

6. Chẩn đoán khi ra viện: Mã

7. Điều trị ngoại trú từ ngày/...../..... đến ngày/...../.....

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm

Bác sỹ khám bệnh

Họ và tên.....

Họ và tên.....

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

4. Phương pháp điều trị:

.....
.....
.....

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....
.....
.....
.....

6. 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		Họ tên:.....	
Khác ...			
Toàn bộ hồ sơ				Họ tên:.....

(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....
Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại...)

.....
.....
.....

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện - tiểu tiện...)

.....
.....
.....

1.3. Nhận thức, giao tiếp (định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)

.....
.....
.....

1.4. Các chức năng khác (rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan.....)

.....
.....
.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội).

.....
.....
.....

3. Yếu tố môi trường (Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)

.....
.....
.....

4. Yếu tố cá nhân (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối

sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách, ...)

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Chẩn đoán:

.....
.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ
(Ký và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 4:
(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế:
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm:
BuồngGiường.....

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (*thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp, đi lại...*)

.....
.....
.....
.....

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (*mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện - tiểu tiện...*)

.....
.....
.....
.....

1.3. Nhận thức, giao tiếp (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...*)

.....
.....
.....
.....

1.4. Các chức năng khác (*rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan*)

.....
.....
.....
.....

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (*chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội*).

.....
.....
.....
.....

3. Yếu tố môi trường (*Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...*)

.....
.....
.....
.....

.....
4. Yếu tố cá nhân (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...)
.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

