

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (*In hoa*):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: 3. Giới tính: Nam Nữ
4. Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
6. Dân tộc: 7. Quốc tịch:
8. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:.....
Huyện (Q, Tx):..... Tỉnh, thành phố:.....
9. Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn Khác
10. Số thẻ BHYT:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>/...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày/...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

Vào: Giờ thứ: của bệnh Ngày thứ: của bệnh Không rõ.

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: Không Có, ghi rõ:

.....

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: Không Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc: Không Có, biểu hiện:

Hóa chất/mỹ phẩm: Không Có, biểu hiện:

Thực phẩm: Không Có, biểu hiện:

Khác:

Thuốc đang dùng: Không Có: loại thuốc:

Tiền sử bệnh: Không Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch: Không Có, ghi rõ:

Bệnh hô hấp: Không Có, ghi rõ:

Bệnh tiêu hóa: Không Có, ghi rõ:

Bệnh nội tiết: Không Có, ghi rõ:

Bệnh thần kinh: Không Có, ghi rõ:

Bệnh thận-tiết niệu: Không Có, ghi rõ:

Bệnh cơ-xương-khớp: Không Có, ghi rõ:

Ung thư: Không Có, ghi rõ:

Khác:

Tiền sử phẫu thuật: Không Có, ghi rõ:

Yếu tố nguy cơ: Không Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá: Không Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc lao: Không Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia: Không Có: Thường xuyên Thỉnh thoảng Rất ít

Chất gây nghiện: Không Có: Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ: Không Có: Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác:

2.2. Tiền sử gia đình: Không Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)

Tên bệnh:

3. Yếu tố dịch tễ: Không Có:

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

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống:

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

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tinh, tiếp xúc tốt: Không Có

Ngủ gà: Không Có

Lơ mơ: Không Có

Hôn mê: Không Có: Glasgowđiểm

Da, niêm mạc: Hồng Vàng Xanh xao
Khác.....

Kết mạc mắt: Bình thường Đỏ Vàng
Khác.....

Lưỡi: Bình thường
 Bản Gai lưỡi mòn/mắt
Khác.....

Lông, tóc, móng: Bình thường
 Rụng tóc Móng giòn dễ gãy
Khác.....

Tuyến giáp: Bình thường To Tiếng thổi

Hạch sờ được: Không Có:

Vị trí: Cổ Nách Bẹn

Khác.....

Số lượng: Một Nhiều hạch

Đường kính (hạch lớn nhất): mm

Di động: Không Có

Đau: Không Có

Khác:

2. Thương tổn cơ bản: (sơ phát, thứ phát, tính chất, loại phân bố, kích thước, hình dáng, màu sắc...)

Thương tổn da: Không Có, ghi rõ:

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

Thương tổn niêm mạc: Không Có, ghi rõ:

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

Mạch.....lần/ph	Cân nặng.....kg
Nhiệt độ..... ^o C	Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg	SpO ₂%
Nhịp thở.....lần/ph	BMI.....

Xuất huyết Không Có:
dưới da: Chấm, nốt xuất huyết
 Mảng bầm da Tụ máu
Khác.....

Xuất huyết Không Có:
niêm mạc: Mắt Mũi
 Miệng Tiểu máu
 Rối loạn kinh nguyệt
Khác.....

Phù: Không Có:
Vị trí phù: Chi dưới Chi trên
 Mặt Áo khoác
 Toàn thân
Khác.....

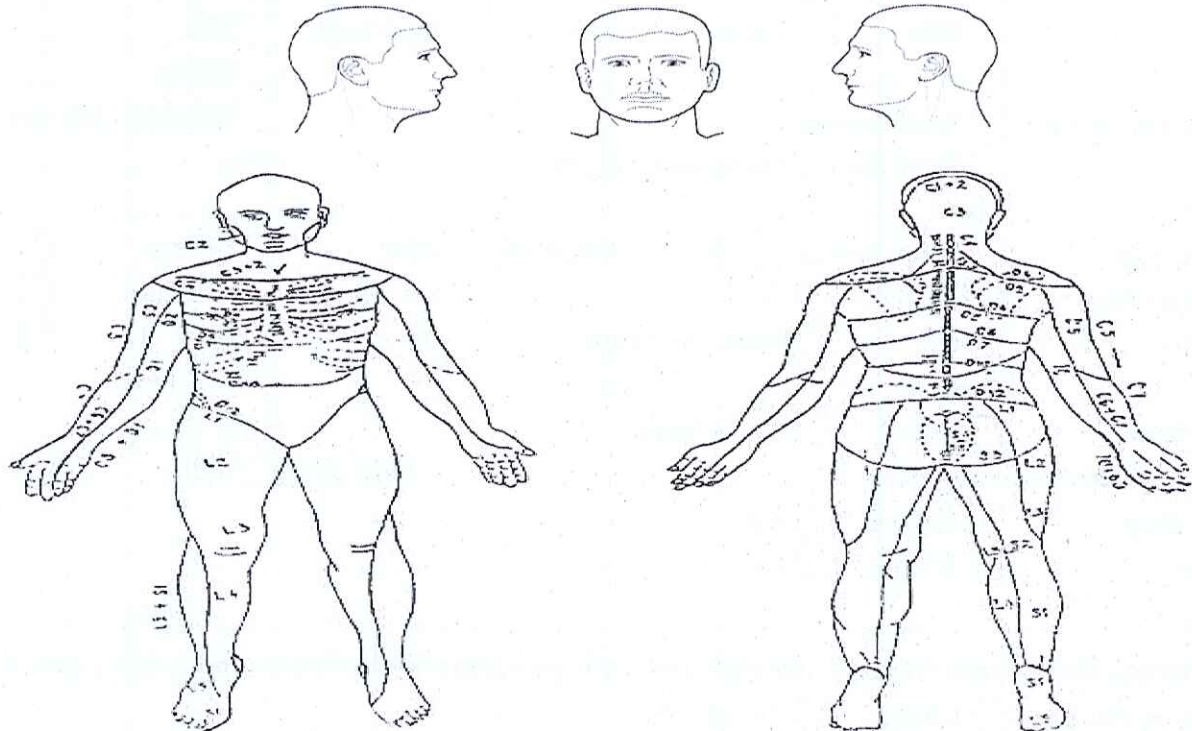
Tính chất: Mềm Cứng

TIN
NH
VA L
ANG
★

Thương tổn tóc/lông: Không Có:
 Rụng tóc Rụng cả lông và tóc Khác:
 Vị trí: Vùng đỉnh Vùng trán Vùng thái dương
 Vùng cằm Khác:
 Đặc điểm: Sẹo Không sẹo
 Kiểu hình: Kiểu hói nam Kiểu hói nữ Kiểu rụng thưa

Thương tổn móng: Khác:
 Không Có:
 Đặc điểm tổn thương: Rỗ móng Dày sừng dưới móng Mùn móng
 Tách móng Móng màu vàng Khía chữ V
 Rãnh dọc móng Khác:
 Vị trí tổn thương: Móng tay..... Móng chân.....
Triệu chứng cơ năng: Không Có:
 Ngứa Đau Rát Mất cảm giác

Khác:



3. Các cơ quan:

3.1. Tuần hoàn: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
 Đau ngực: Không Có: Điển hình Không điển hình
 Hồi hộp đánh trống ngực: Không Có Nhịp nhanh: Không Có
 Nhịp chậm: Không Có Loạn nhịp: Không Có
 Mỏm tim đập lệch Không Có Diện đập của tim rộng hơn: Không Có
 Tiếng tim mờ: Không Có T1 đánh ở mỏm T2 mạnh tách đôi
 Thổi tâm thu: Không Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....; Rung miu)
 Thổi tâm trương: Không Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....; Rung miu)
 Rung tâm trương: Không Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....)
 Thổi liên tục: Không Có (Vị trí:.....)
 Tiếng thổi động mạch: Không Có (Vị trí:.....)
 Khác:

3.2. Hô hấp: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
 Khó thở: Không Có
 Biến dạng lồng ngực: Không Có
 Gõ: Bình thường Đục Vang: vị trí.....
 Rì rào phế nang: Bình thường Giảm: vị trí.....
 Rung thanh: Bình thường Tăng Giảm: vị trí.....
 Rale: Không Có: Rale ẩm Rale nổ Rale rít Rale ngứa
 Khác.....

3.3. Tiêu hóa: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
 Đau bụng: Không Có: vị trí.....
 Buồn nôn: Không Có
 Nôn: Không Có: Máu tươi Máu thâm
 Đại tiện phân có máu: Không Có: Máu tươi Máu thâm Phân đen
 Tiêu chảy: Không Có: số lần:.....
 Chướng bụng Không Có
 Phản ứng thành bụng: Không Có
 Lách: Bình thường Độ..... (1,2,3,4)
 Gan: Bình thường To (.....cm dưới bờ sườn) Cổ trướng
 Tuần hoàn bàng hệ
 Khác.....

3.4. Thận – tiết niệu: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
 Màu sắc nước tiểu: Bình thường Bất thường Màu sắc: Thể tích:.....ml/24h
 Tiểu buốt: Không Có
 Tiểu rắt: Không Có
 Cầu bàng quang: Không Có
 Đau điểm niệu quản: Không Có, vị trí:
 Rung thận (+): Không Có
 Khác.....

3.5. Thần kinh: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
 Cổ cứng: Không Có
 Dấu hiệu màng não: Không Có
 Cơ lực: Bình thường Giảm: vị trí.....
 Trương lực cơ: Bình thường Tăng Giảm: vị trí.....
 Phản xạ gân xương: Bình thường Tăng Giảm: vị trí.....
 Liệt ½ người phải: Không Có Liệt ½ người trái: Không Có
 Liệt 2 chi dưới: Không Có Liệt tứ chi: Không Có
 Khác.....

3.6. Cơ – xương – khớp: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:
 Đau cơ: Không Có: vị trí Đau khớp: Không Có: vị trí
 Sung đỏ khớp: Không Có: vị trí Đau cột sống: Không Có: vị trí
 Hạn chế vận động khớp: Không Có: vị trí
 Teo cơ: Không Có: vị trí Hạt Tophi: Không Có: vị trí
 Dấu cứng khớp buổi sáng: Không Có
 Khác.....

3.7. Tai – mũi – họng:

Tai: Bình thường Bất thường, ghi rõ:
Mũi: Bình thường Bất thường, ghi rõ:
Họng: Bình thường Bất thường, ghi rõ:
Thanh quản: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Khác:

3.8. Răng – hàm – mặt: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Khác:

3.9. Mắt: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Khác:

3.10. Nội tiết - Dinh dưỡng:

Nội tiết: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Ăn uống: Bình thường Kém Không ăn uống được

Khác:

3.11. Bệnh lý khác:

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: Không Có, ghi rõ:

5. Tóm tắt bệnh án:

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

IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện:
2. Chẩn đoán phân biệt:
3. Chẩn đoán xác định:
 Bệnh chính:
 Bệnh kèm theo (nếu có):
 Biến chứng (nếu có):

V. TIÊN LƯỢNG

Tiên lượng gần:

Tiên lượng xa:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:

Chế độ chăm sóc: Cấp I Cấp II Cấp III

Chế độ dinh dưỡng: Nuôi ăn đường miệng Nuôi qua ống thông Nuôi ăn tĩnh mạch

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: Không Có, ghi rõ:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án
(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng (*Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...*):

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

2. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

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

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

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

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: Không Có, ghi rõ:.....
.....
.....

Phẫu thuật, thủ thuật: Có, ghi rõ phương pháp:
.....
.....

5. Tình trạng ra viện:

- Khỏi Đỡ Không thay đổi Nặng hơn
 Tử vong Tiên lượng nặng xin về Chưa xác định.

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

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)



