

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN DA LIỄU

Mã người bệnh
 Mã YT.....
 Số vào viện
 Số lưu trữ

BỆNH ÁN

.....(*).....

Nội trú Ngoại trú Ban ngày

KHOA.....

KHOA CHUYÊN ĐÉN.....

PHÒNG:.....GIƯỜNG.....



HỌ VÀ TÊN (In hoa):..... Nam Nữ

Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:.....

Địa chỉ:

Ngày vào viện:/...../20..... Ngày ra viện:/...../20.....

II. Các trang cuối của hồ sơ bệnh án

Phần 1: Thành phần và thứ tự sắp xếp các mẫu giấy, phiếu trong hồ sơ bệnh án

TT	Nội dung	Số lượng (ngày....)	Số lượng (ngày....)
I.	Thông tin hành chính, mẫu cam kết, tài liệu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên đến		
II.	Các bệnh án (Nội khoa, ngoại khoa, sản khoa, nhi khoa,...)		
III.	Giấy, phiếu chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng, kết quả		
IV.	Giấy, phiếu khám, đánh giá, theo dõi của bác sỹ		
V.	Giấy, phiếu đánh giá, theo dõi, chăm sóc của điều dưỡng		
VI.	Giấy, phiếu gây mê, phẫu thuật, thủ thuật		
VII.	Giấy, phiếu chuyển viện, ra viện, bản tóm tắt hồ sơ bệnh án		
VIII.	Các mẫu giấy, phiếu khác		



Phần 2. Phần kiểm soát của đơn vị nhận và lưu trữ hồ sơ bệnh án

Nội dung	Đầy đủ/Đạt	Nội dung	Đầy đủ/Đạt
1. Phần hành chính			
Thông tin hành chính	<input type="checkbox"/>	Thông tin khám, chữa bệnh ban đầu	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Phần tổng kết bệnh án ra viện			
Nội dung đầy đủ	<input type="checkbox"/>	Tình trạng ra viện	<input type="checkbox"/>
Mã hóa ICD đầy đủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cận lâm sàng			
Chỉ định	<input type="checkbox"/>	Kết quả	<input type="checkbox"/>
.....			
4. Phiếu theo dõi, chăm sóc của điều dưỡng			
Đầy đủ các phiếu	<input type="checkbox"/>	Xử trí, can thiệp của điều dưỡng	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>		
5. Phẫu thuật, thủ thuật, gây mê hồi sức			
Hội chẩn phẫu thuật có sự tham gia của bác sỹ gây mê, phẫu thuật viên	<input type="checkbox"/>	Đầy đủ các phiếu gây mê, hồi tỉnh	<input type="checkbox"/>
Giấy cam kết chấp thuận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức	<input type="checkbox"/>	Bảng kiểm an toàn phẫu thuật	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Thanh toán ra viện	<input type="checkbox"/>		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Phân loại bệnh án

Bệnh án chưa đạt lần 1: Trả lại khoa	<input type="checkbox"/>
Bệnh án chưa đạt lần 2: Trả lại khoa	<input type="checkbox"/>
Bệnh án đạt yêu cầu: chuyển lưu trữ	<input type="checkbox"/>

Ngày nhận HSBA

...../...../20.....
/...../20.....
/...../20.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Người giao hồ sơ
 (Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Người nhận hồ sơ
 (Ký, ghi rõ họ tên)

