

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

BỆNH ÁN NỘI KHOA

MS: BA-01
Mã QR (nếu có)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (In hoa):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Giới tính: Nam Nữ
- Điện thoại:
- Số Căn cước/Hộ chiếu:
- Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:.....
Huyện (Q, Tx):.....
Tỉnh, thành phố:.....
- Nghề nghiệp:
- Quốc tịch:
- Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn Khác
- Số thẻ BHYT: Giá trị sử dụng từ ngày...../...../20.....
- Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

- Vào viện: ngày...../...../20.....
- Nơi chuyển đến:.....
Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
- Tiếp nhận từ: Cấp cứu Khoa KB Đơn vị khác
Khoa Giờ Ngày Số ngày
- Nơi chuyển đi:.....
Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
- Vào khoa: /...../20.....
- Ra viện: ngày...../...../20.....
Ra viện Xin ra viện Trốn viện
Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
- Chuyển khoa: /...../20.....
- Tổng số ngày điều trị:

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

- Chẩn đoán vào viện:.....
- Chẩn đoán ra viện:
Bệnh chính:.....
Bệnh kèm theo (nếu có):.....
Biến chứng (nếu có):
Thủ thuật Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): Lành tính Nghi ngờ Ác tính

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

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

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

- Tử vong lúc :, ngày/...../20.....
- Thời điểm tử vong: Trước khi vào viện Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
- Nguyên nhân tử vong trực tiếp:.....

Lãnh đạo khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Đại diện cơ sở KB, CB
(Ký, đóng dấu)

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....

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 Điều/ngày:.....
-----------	-------	--

Thuốc lào:	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:

Tình, tiếp xúc tốt: Không Có
Lú lẫn: Không Có
Lơ mơ: Không Có
Hôn mê: Không Có: Glasgowđiểm

Mạch.....lần/ph Cân nặng.....kg
Nhiệt độ.....^oC Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg SpO₂.....%
Nhịp thở.....lần/ph BMI.....

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

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

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

Khác.....

Lưỡi: Bình thường
Bắn Gai lưỡi mòn/mất
Khác.....

Xuất huyết Không Có:
niêm mạc: Mất Mũi
Miệng Tiểu máu
Rối loạn kinh nguyệt

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

Khác.....

Tuyến giáp: Bình thường To Tiếng thổi

Phù: Không Có:

Hạch sờ được: Không Có:
Vị trí: Cổ Nách Bẹn
Khác.....

Vị trí phù: Chi dưới Chi trên
Mặt Áo khoác
Toàn thân

Số lượng: Một Nhiều hạch

Khác.....

Đường kính (hạch lớn nhất): mm

Tính chất: Mềm Cứng

Di động: Không Có

Đau: Không Có

2. Các cơ quan

2.1. Tuần hoàn:

Chưa phát hiện bất thường

Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau ngực: Không Có: Diễn hình

Không diễn 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:.....)

(Vị trí:.....)

2.2. 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
-------	-------	-----	---------	---------	----------	-----------

2.3. 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				

2.4. 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		

2.5. Thần kinh: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Gáy 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 nửa người phải:	Không	Có	Liệt nửa người trái:	Không	Có	
Liệt hai chi dưới:	Không	Có	Liệt tứ chi:	Không	Có	

2.6. 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
Sưng 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			

2.7. 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:

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

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

2.10. Nội tiết - Dinh dưỡng:

Nội tiết: Bình thường Bất thường, ghi rõ:
Ăn uống: Bình thường Kém Không ăn uống được

2.11. Bệnh lý khác:

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

4. 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. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền 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
Phục hồi chức năng: Không Có, ghi rõ:.....
Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh: Không Có, ghi rõ:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ 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 sĩ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)