

**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:.....
- Tiếp nhận từ: Cấp cứu Khoa KB Đơn vị khác Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
- Khoa Giờ Ngày Số ngày
- Nơi chuyển đi:.....
- Vào khoa:  ...../...../20.....  Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
- Chuyển khoa:  ...../...../20.....
8. 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
- 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)

**THÔNG TIN CHUNG**

**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**

|                   |       |                                  |
|-------------------|-------|----------------------------------|
| <b>Dị ứng:</b>    | 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: .....       |       |                                  |

|                         |       |                                  |
|-------------------------|-------|----------------------------------|
| <b>Thuốc đang dùng:</b> | Không | Có: loại thuốc: .....            |
| <b>Tiền sử bệnh:</b>    | 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: .....             |       |                                  |

|                            |       |                                                      |
|----------------------------|-------|------------------------------------------------------|
| <b>Tiền sử phẫu thuật:</b> | Không | Có (ghi rõ số lượng, vị trí, thời gian, cơ sở y tế): |
| 1.....                     |       |                                                      |
| 2.....                     |       |                                                      |
| 3.....                     |       |                                                      |

|                           |       |                                                    |
|---------------------------|-------|----------------------------------------------------|
| <b>Yếu tố nguy cơ:</b>    | Không | Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:                   |
| Thuốc lá:                 | Không | Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:..... |
| 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, nếu có:

| Tên bệnh                                           | Người mắc (ghi rõ: ông, bà, bố, mẹ...) | Tên bệnh                       | Người mắc (ghi rõ : ông, bà, bố, mẹ...) |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| Bệnh tim mạch:                                     | .....                                  | Hen suyễn:                     | .....                                   |
| Tăng huyết áp:                                     | .....                                  | Đái tháo đường:                | .....                                   |
| Tâm thần:                                          | .....                                  | Động kinh:                     | .....                                   |
| Bệnh Gout:                                         | .....                                  | Bệnh liên quan đến chuyển hóa: | .....                                   |
| Bệnh hệ thống:                                     | .....                                  |                                |                                         |
| Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ): | .....                                  |                                |                                         |
| Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ):         | .....                                  |                                |                                         |
| Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ):                 | .....                                  |                                |                                         |

### III. KHÁM LÂM SÀNG

|                      |                                          |                                      |               |                              |
|----------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|------------------------------|
| <b>1. Toàn thân:</b> | Chưa phát hiện bất thường                |                                      |               | Mạch.....lần/phút            |
|                      | Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau: |                                      |               | Nhiệt độ..... <sup>o</sup> C |
| Tình, tiếp xúc tốt:  | Không                                    | Có                                   |               | Huyết áp...../.....mmHg      |
| Tình, tiếp xúc chậm: | Không                                    | Có                                   |               | Nhịp thở.....lần/phút        |
| Ngủ gà:              | Không                                    | Có                                   |               | Cân nặng.....kg              |
| Lơ mơ:               | Không                                    | Có                                   |               | Chiều cao.....cm             |
| Hôn mê:              | Không                                    | Có                                   |               | SpO <sub>2</sub> .....%      |
| Da:                  | Bình thường                              | Vàng                                 | Sạm           | BMI.....                     |
| Niêm mạc:            | Hồng                                     | Nhợt                                 |               |                              |
| Môi khô, lưỡi bẩn:   | Không                                    | Có                                   |               |                              |
| Tuyến giáp:          | Bình thường                              | To                                   |               |                              |
| Hạch ngoại vi:       | Không sờ thấy                            | To, mềm                              | To, cứng chắc |                              |
| Phù:                 | Không                                    | Có - vị trí, mức độ, tính chất:..... |               |                              |
| Xuất huyết dưới da:  | Không                                    | Có                                   |               |                              |
| Khác: .....          |                                          |                                      |               |                              |

#### 2. Các cơ quan

|                                  |                           |    |                                          |          |
|----------------------------------|---------------------------|----|------------------------------------------|----------|
| <b>2.1. Tuần hoàn và hô hấp:</b> | Chưa phát hiện bất thường |    | Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau: |          |
| Hình dáng lồng ngực:             |                           |    | Tràn khí dưới da:                        | Không Có |
| Cân đối:                         | Không                     | Có | Rung miu:                                | Không Có |
| Co rút:                          | Không                     | Có | Tiếng tim:                               | Rõ Mờ    |
| Bầm tím, xây xước:               | Không                     | Có | Tiếng tim đều:                           | Không Có |
| Hô hấp đảo chiều:                | Không                     | Có | Tiếng tim bất thường:                    | Không Có |
| Màng sườn di động:               | Không                     | Có | Rì rào phế nang:                         | Không Có |
| Thở gắng sức:                    | Không                     | Có | Mô tả chi tiết: .....                    | .....    |
| Vết thương thành ngực:           | Không                     | Có | Rale:                                    | Không Có |
| Khác: .....                      | Mô tả chi tiết: .....     |    | Mô tả chi tiết:.....                     |          |
| <b>2.2. Tiêu hoá:</b>            | Chưa phát hiện bất thường |    | Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau: |          |
| Bụng chướng:                     | Không                     | Có | Phản ứng thành bụng:                     | Không Có |

|                                   |                           |                                      |                       |              |    |
|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------|--------------|----|
| Sẹo mổ cũ:                        | Không                     | Có                                   | Co cứng thành bụng:   | Không        | Có |
|                                   | Vị trí và kích thước..... |                                      | Điểm đau:             | Không        | Có |
|                                   | .....                     |                                      | Gan to:               | Không        | Có |
| Tuần hoàn bàng hệ:                | Không                     | Có                                   | Túi mật to:           | Không        | Có |
| Quai ruột nổi:                    | Không                     | Có                                   | Dấu hiệu Murphy:      | Không        | Có |
| Dấu hiệu rắn bò:                  | Không                     | Có                                   | Lách to:              | Không        | Có |
| Vết bầm tím, xây xước thành bụng: | Không                     | Có                                   | Khối u:               | Không        | Có |
|                                   |                           |                                      | Vị trí và kích thước: | .....        |    |
| Vết thương thành bụng:            | Không                     | Có                                   |                       | .....        |    |
|                                   | Vị trí và kích thước..... |                                      | Thoát vị:             | Không        | Có |
|                                   | .....                     |                                      |                       | Vị trí:..... |    |
| Bụng mềm:                         | Không                     | Có                                   |                       | .....        |    |
| Cảm ứng phúc mạc:                 | Không                     | Có:                                  |                       |              |    |
|                                   | Vị trí:.....              |                                      |                       |              |    |
| Thăm trực tràng                   |                           |                                      |                       |              |    |
| Phân:                             | Bình thường               | Bất thường, tính chất: .....         |                       |              |    |
| Sờ thấy u:                        | Không                     | Có, khối u cách rìa hậu môn:..... cm |                       |              |    |
| Túi cùng Douglas:                 | Không                     | Có                                   |                       |              |    |
| Cơ thắt hậu môn:                  | Bình thường               | Bất thường                           |                       |              |    |

Khác: .....

**2.3. Thận - Tiết niệu** Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

**- Sinh dục:**

|                     |             |                              |                |       |    |
|---------------------|-------------|------------------------------|----------------|-------|----|
| Thận to:            | Không       | Có                           | Chạm thận:     | Không | Có |
| Điểm đau niệu quản: | Không       | Có                           | Bập bênh thận: | Không | Có |
| Cầu bàng quang:     | Không       | Có                           |                |       |    |
| Tinh hoàn:          | Bình thường | Bất thường, tính chất: ..... |                |       |    |
| Tuyến tiền liệt:    | Bình thường | To, mềm                      | To, chắc       |       |    |

Khác: .....

**2.4. Thần Kinh:** Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

|                                   |                           |    |                      |               |    |
|-----------------------------------|---------------------------|----|----------------------|---------------|----|
| Vết thương vùng đầu:              | Không                     | Có | Dấu hiệu màng não:   | Không         | Có |
|                                   | Vị trí và kích thước..... |    |                      | Ghi rõ: ..... |    |
|                                   | .....                     |    |                      | .....         |    |
| Sưng nề, bầm tím vùng đầu mặt cổ: | Không                     | Có | Rối loạn cảm giác:   | Không         | Có |
|                                   | Vị trí và kích thước..... |    |                      | Ghi rõ: ..... |    |
|                                   | .....                     |    |                      | .....         |    |
| Biến dạng hàm mặt:                | Không                     | Có | Rối loạn giác quan:  | Không         | Có |
|                                   | Vị trí và kích thước..... |    |                      | Ghi rõ: ..... |    |
|                                   | .....                     |    |                      | .....         |    |
| Dấu hiệu thần kinh khu trú:       | Không                     | Có | Rối loạn thăng bằng: | Không         | Có |
|                                   | Ghi rõ .....              |    |                      | Ghi rõ: ..... |    |
|                                   | .....                     |    |                      | .....         |    |
| Dấu hiệu thần kinh thực vật:      | Không                     | Có | Rối loạn trí nhớ:    | Không         | Có |
|                                   | Ghi rõ .....              |    |                      | Ghi rõ: ..... |    |
|                                   | .....                     |    |                      | .....         |    |
| Dấu hiệu thần kinh ngoại biên:    | Không                     | Có | Rối loạn tâm thần:   | Không         | Có |
|                                   | Ghi rõ .....              |    |                      | Ghi rõ: ..... |    |
|                                   | .....                     |    |                      | .....         |    |
| Dấu hiệu liệt thần kinh sọ:       | Không                     | Có | Động kinh:           | Không         | Có |
|                                   | Ghi rõ .....              |    |                      | Ghi rõ: ..... |    |
|                                   | .....                     |    |                      | .....         |    |

|                         |                    |    |          |                     |    |
|-------------------------|--------------------|----|----------|---------------------|----|
| Dấu hiệu liệt vận động: | Không Ghi rõ ..... | Có | Đột quy: | Không Ghi rõ: ..... | Có |
|-------------------------|--------------------|----|----------|---------------------|----|

Khác: .....

**2.5. Cột sống:** Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

|                     |       |    |                                       |       |    |
|---------------------|-------|----|---------------------------------------|-------|----|
| Biến dạng cột sống: | Không | Có | Rối loạn cảm giác thần kinh tùy sống: | Không | Có |
|---------------------|-------|----|---------------------------------------|-------|----|

|                                |       |    |                     |       |    |
|--------------------------------|-------|----|---------------------|-------|----|
| Sưng nề bầm tím vùng cột sống: | Không | Có | Phản xạ bất thường: | Không | Có |
|--------------------------------|-------|----|---------------------|-------|----|

|                    |       |    |                       |       |    |
|--------------------|-------|----|-----------------------|-------|----|
| Điểm đau cột sống: | Không | Có | Các nghiệm pháp khám: | Không | Có |
|--------------------|-------|----|-----------------------|-------|----|

Khác: .....

**2.6. Cơ - xương - khớp:** Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

|                  |       |    |                       |       |    |
|------------------|-------|----|-----------------------|-------|----|
| Biến dạng xương: | Không | Có | Vận động bình thường: | Không | Có |
|------------------|-------|----|-----------------------|-------|----|

Ghi rõ .....

|             |       |    |                    |       |    |
|-------------|-------|----|--------------------|-------|----|
| Vết thương: | Không | Có | Cảm giác nông sâu: | Không | Có |
|-------------|-------|----|--------------------|-------|----|

|                                   |       |    |               |
|-----------------------------------|-------|----|---------------|
| Sưng nề, bầm tím vùng thương tổn: | Không | Có | Ghi rõ: ..... |
|-----------------------------------|-------|----|---------------|

Ghi rõ .....

|                              |       |    |                                   |             |                     |
|------------------------------|-------|----|-----------------------------------|-------------|---------------------|
| Mất liên tục, lạo xạo xương: | Không | Có | Chiều dài chi so với bình thường: | Bình thường | Bất thường, ghi rõ: |
|------------------------------|-------|----|-----------------------------------|-------------|---------------------|

Mạch ngoại vi: Bình thường Bất thường

|                                  |             |                     |
|----------------------------------|-------------|---------------------|
| Biên độ khớp so với bình thường: | Bình thường | Bất thường, ghi rõ: |
|----------------------------------|-------------|---------------------|

Khác: .....

## 2.7. Răng hàm mặt - Mắt - Tai mũi họng

**Răng hàm mặt:** Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Hàm mặt:.....

Sưng nề bầm tím:.....

Biến dạng:.....

Điểm đau chói:.....

Mất liên tục, lạo xạo xương:.....

Vận động:.....

Há miệng: .....

Khớp cắn:.....

Răng: .....

**Mắt:** Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Nhãn cầu:

|             |       |                   |
|-------------|-------|-------------------|
| Tổn thương: | Không | Có, ghi rõ: ..... |
|-------------|-------|-------------------|

|         |       |                   |
|---------|-------|-------------------|
| Sụp mí: | Không | Có, ghi rõ: ..... |
|---------|-------|-------------------|

|                    |       |                   |
|--------------------|-------|-------------------|
| Tổn thương lệ đạo: | Không | Có, ghi rõ: ..... |
|--------------------|-------|-------------------|

**Tai mũi họng:** Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

|                 |       |                   |
|-----------------|-------|-------------------|
| Mũi: Vết thương | Không | Có, ghi rõ: ..... |
|-----------------|-------|-------------------|

|                 |       |                   |
|-----------------|-------|-------------------|
| Tai: Vết thương | Không | Có, ghi rõ: ..... |
|-----------------|-------|-------------------|

|          |       |                   |
|----------|-------|-------------------|
| Chảy máu | Không | Có, ghi rõ: ..... |
|----------|-------|-------------------|

Khác: .....

**2.8. 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: ..... | <input type="text"/> |
| 2. Chẩn đoán phân biệt.....      | <input type="text"/> |
| 3. Chẩn đoán xác định:           |                      |
| Bệnh chính: .....                | <input type="text"/> |
| Bệnh kèm theo (nếu có):.....     | <input type="text"/> |
| Biến chứng (nếu có):.....        | <input type="text"/> |

**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.

.....

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)