

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (In hoa):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Điện thoại:
- Nghề nghiệp:
- Dân tộc:
- Quốc tịch:
- Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:.....
- Huyện (Q, Tx):.....
Tỉnh, thành phố:.....
- Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn Khác
- Số thẻ BHYT:
- Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
- 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:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
2. Tiếp nhận từ: Cấp cứu Khoa KB Đơn vị khác Khoa Giờ Ngày Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
4. Vào khoa: /...../20.....	8. Ra viện: ngày...../...../20..... Ra viện Xin ra viện Trốn viện
5. Chuyển khoa: /...../20..... /...../20..... /...../20.....	Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị:	

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

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

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

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

V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc :, ngày/...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: Trước khi vào viện Trong 24 giờ kể từ khi vào viện Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	

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:.....

II. HỎI BỆNH

1. Hỏi bệnh chung

Ngày đầu kỳ kinh cuối:..... Ngày dự kiến sinh/...../20.....

Khám thai 4 lần trong 3 thời kỳ: Không Có
Tiêm phòng uốn ván: Không Có Số mũi đã tiêm:.....
Điều trị giang mai trong lần mang thai này: Không Có
Điều trị viêm gan B trong lần mang thai này: Không Có
Điều trị ARV trong lần mang thai này: Không Có
Điều trị Corticoid dự phòng sinh non trong lần mang thai này: Không Có: Liều cuối lúc: giờ, ngày...../...../20.....
Mang thai nhờ kỹ thuật: Thụ tinh trong ống nghiệm
Mang thai hộ vì mục đích nhân đạo

2. Tiền sử

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: Không Có, biểu hiện:

Tiền sử bệnh:

Bệnh huyết áp: Không Có Bệnh tuyến giáp: Không Có
Bệnh tim: Không Có Bệnh thận: Không Có
Bệnh hô hấp: Không Có Đái tháo đường: Không Có
Khác:

Thuốc đang dùng: Không Có, loại thuốc:

Tiền sử phẫu thuật: Không Có, ghi rõ:

Tiền sử sản khoa: Para:

Thời gian, nơi kết thúc thai nghén	Tuổi thai (sẩy, sinh non, đủ tháng, già tháng)	Diễn biến khi có thai	Cách thức sinh	Trẻ sơ sinh (cân nặng, bệnh tật)	Hậu sản

Tiền sử sản khoa khác, ghi rõ:.....

Phụ khoa:

Chu kỳ kinh: Đều số ngày..... Không đều
Phẫu thuật phụ khoa: Không Có, ghi rõ:.....
Khối u buồng trứng: Không Có
Khối u tử cung: Không Có
Dị dạng sinh dục: Không Có
Tăng sinh môn: Không Có
Sa tạng chậu: Không Có
Bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị:

2.2. Tiền sử gia đình

Đa thai: Không Có Đái tháo đường: Không Có
Dị dạng: Không Có Tăng huyết áp: Không Có
Bệnh di truyền: Không Có Khác (ghi rõ)

III. THÔNG TIN TẠI KHOA KHÁM BỆNH

1. Toàn thân

Mạch.....lần/ph

Nhiệt độ.....^oC

Tình thần:	Tỉnh táo	Hôn mê	Khác
Phù:	Không	Có	
Protein niệu:	Không	Có	 g/l
Sẹo mổ cũ:	Không	Có	Đau vết mổ
Khung chậu:	Bình thường	Bất thường	
Chiều cao tử cung.....cm		Vòng bụng	 cm
Ngôi thai:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:	
Cơ co tử cung:	Không	Có	Tần số:
Tim thai:	Không	Có	Nhịp tim.....lần/phút
Cổ tử cung:	Đóng	Xóa	Mở cm
Đầu ối:	Phồng	Đẹt	Quả lê
	Rỉ	Vỡ	lúc giờ phút
Nước ối:	Trong	Xanh bẩn	Lẫn máu

2. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: Không Có:

Xét nghiệm máu ngoại vi:	Không	Có
Xét nghiệm đông máu:	Không	Có
Sinh hóa máu:	Không	Có
Xét nghiệm các bệnh lây truyền từ mẹ sang con:	Không	Có
Sàng lọc trước sinh:	Không	Có
Xét nghiệm nước tiểu:	Không	Có
Siêu âm:	Không	Có

Khác:

3. Chẩn đoán (Tên bệnh, mã ICD kèm theo):

.....

4. Tiên lượng: Sinh thường Sinh có nguy cơ Chỉ định mổ lấy thai

Khác.....

5. Kế hoạch điều trị:

Hướng điều trị tiếp theo:

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

.....

6. Người khám: Bác sỹ sản khoa Y sỹ sản nhi Hộ sinh Khác.

Ngày..... tháng..... năm 20...

Người khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

IV. THÔNG TIN TẠI KHOA ĐẸ

1. Thông tin chung

Thời gian vào khoa đẻ:giờ phút, ngày/...../20.....

Tuần tuổi thai:.....

Dự kiến đặt tên con (nếu có)

Họ và tên chồng:

Nếu là con trai:

Nếu là con gái

2. Khám sản khoa

Khám ngoài

Hình dạng tử cung:.....

Tư thế:.....

.....

.....

Cơ co tử cung (tần số):

.....

Nhịp tim thai:.....

.....

.....

Ngôi thai:.....

.....

Khung chậu ngoài

Bình thường Hẹp

Méo Lệch

Khám trong

Tăng sinh môn:

Cổ tử Đóng Xóa

cung:

Mở:....(cm) Bishop.....

Khối u Không Có, ghi rõ:

tiền đạo:

Đầu ối: Phồng Dẹt Quả lê

Rì Vỡ

Tự nhiên Bấm ối, lúc.....

Màu sắc Trong Xanh bẩn

nước ối: Lẫn máu

Ngôi:.....Thế:.....

Kiểu thế:

Độ lọt Delle: -3 -2 -1 0

Đường kính nhô hậu vệ.....cm

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

.....

.....

4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

5. Chẩn đoán (Tên bệnh, Mã ICD kèm theo)

Chẩn đoán khi vào khoa đẻ:.....

Chẩn đoán phân biệt:

6. Tiên lượng: Sinh thường Sinh có nguy cơ Chỉ định mổ lấy thai

Khác.....

7. Kế hoạch điều trị

Hướng điều trị tiếp theo:

.....

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

.....

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Tình trạng trẻ sơ sinh

Số con sinh lần này....., trong đó: Số con sinh sống.....
Tử vong thai nhi: Không Có, nguyên nhân.....

2. Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng của mẹ

Xét nghiệm, CLS	Trước và trong khi mang thai	Khi chuyển dạ
Máu ngoại vi:	Không thiếu máu	Thiếu máu Không thiếu máu
HIV:	Âm tính	Dương tính Âm tính
Viêm gan B:	Âm tính	Dương tính Âm tính
Giang mai:	Âm tính	Dương tính Âm tính
Đường huyết:	Bình thường	Bất thường Bình thường
Protein niệu:	Âm tính	Dương tính Âm tính
Sàng lọc trước sinh	Bình thường	Bất thường Bình thường
Khác (ghi rõ):		

3. Đặc điểm giai đoạn sổ rau

Rau sổ lúc:	giờ..... phút	Cân nặng.....(gam)
Kiểu sổ:	Mặt màng Mặt máu	Thời gian sổ rau:.....(phút)
	Rau bong non	
Dây rau cuốn cổ:	Không Có	Chiều dài dây rau:.....(cm)
Kiểm soát tử cung:	Không Có	Lý do:.....
Bóc rau nhân tạo:	Không Có	Lý do:.....
Chảy máu:	Không Có	Số lượng:ml.

4. Tình hình sản phụ sau sinh:

Toàn trạng:
Mạch.....lần/phút Nhiệt độ.....⁰C Huyết áp..... /.....mmHg Nhịp thở.....lần/phút
Thời gian chuyển dạ:.....giờ phút, ngày/...../20.....
Thời gian theo dõi tại khoa đẻ:.....giờ phút, ngày/...../20.....
Sinh lúc:.....giờ phút, ngày/...../20.....

Cách thức sinh:	Sinh thường	Sinh mổ	Sinh mổ chủ động	Sinh chỉ huy
	Giác hút	Forceps		
Tăng sinh môn:	Toàn vẹn	Rách	Cắt	
Âm đạo:	Toàn vẹn	Rách	Cắt	
Cổ tử cung:	Toàn vẹn	Rách	Cắt	
Tai biến sản khoa:	Băng huyết	Tiền sản giật	Sản giật	
	Vỡ tử cung	Nhiễm trùng	Khác, ghi rõ:	
Người đỡ đẻ/làm thủ thuật:		BS sản khoa	YS sản nhi	Hộ sinh Khác

5. 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

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)