

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

BỆNH ÁN NHI KHOA

MS: BA-04

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (In hoa):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Giới tính: Nam Nữ
- Dân tộc:
- Quốc tịch:
- Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:.....
- Huyện (Q, Tx):.....
Tỉnh, thành phố:.....
- Họ và tên bố:
Họ và tên mẹ:
Nghề nghiệp:
- 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	Đờ	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)

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:.....

II. HỎI BỆNH

[illegible]

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

Khác:

Tên bệnh:

Tiêm chủng khác:

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân:

Chưa phát hiện bất thường

Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tri giác:	Tỉnh	Bút rút	Ngủ gà	Li bì	Mê	Mạch.....lần/phút
Da, niêm mạc:	Hồng	Tái	Vàng			Nhiệt độ..... ⁰ C
Xuất huyết dưới da:	Không	Có, vị trí, đặc điểm:				Huyết áp...../.....mmHg
Ban trên da:	Không	Có, vị trí, đặc điểm:				Nhịp thở.....lần/phút
Môi:	Hồng	Tái	Tím			Cân nặng.....kg
Phù:	Không	Có, vị trí, tính chất:				Chiều cao.....cm
						SpO ₂%
						BMI.....
Mất nước:	Không	Có, ghi rõ:.....				
Dinh dưỡng:	Bình thường	Suy dinh dưỡng		Béo phì		
	Sụt cân	Bú kém/ăn kém		Bỏ bú/bỏ ăn		
Hạch:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:				
Tuyến giáp:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:				
Khác:						

2. Các cơ quan:

2.1. Tuần hoàn:

Chưa phát hiện bất thường

Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Hồi hộp đánh trống ngực:	Không	Có	Nhịp nhanh:	Không	Có
Khó thở:	Không	Có	Loạn nhịp:	Không	Có
Nhịp chậm:	Không	Có	Nhịp tim bình thường.....chu kỳ/phút		
Mỏm tim đập lệch:	Không	Có:	Lệch trái	Lệch phải	
Tiếng tim mờ:	Không	Có:	T1 mạnh ở mỏm	T2 mạnh	Tiếng ngựa phi
Thổi tâm thu:	Không	Có:	(Vị trí:.....; Mức độ:.....; Rung miu)		
Rung tâm trương:	Không	Có:	(Vị trí:.....; Mức độ:.....; Rung miu)		
Thổi liên tục	Không	Có:	(Vị trí:.....)		
Mạch nẩy yếu	Không	Nổi vắn	Da tái, chi lạnh	Refill	giây
Khác:					

2.2. Hô hấp:

Chưa phát hiện bất thường

Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Ho:	Không	Có	Ho nhiều về đêm và gần sáng:	Không	Có
Khò khè:	Không	Có	Khò khè tái diễn:	Không	Có
Lồng ngực bình thường:	Không	Có	Biến dạng lồng ngực:	Không	Có
Co kéo cơ hô hấp:	Không	Có	Thở rên:	Không	Có
Thở nhanh:	Không	Có	Khó thở:	Không	Có
Rút lõm ngực:	Không	Có	Thở rít:	Không	Có
Chảy nước mũi	Không	Có:	Tính chất dịch mũi:.....		
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 ngáy

Khác:

2.3. Tiêu hoá: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Nôn: Không Có: Nôn tất cả mọi thứ Nôn vọt

Chất nôn.....

Phân: Bình thường Nát Táo bón Nhầy Máu Phân lỏng, số lần...../ngày

Đau bụng: Không Có: Vị trí Tính chất đau.....

Bụng: Mềm Chướng Phản ứng thành bụng Cảm ứng phúc mạc

Gan: Bình thường To Dưới bờ sườncm Cổ chướng

Lách: Bình thường To Độ(1, 2, 3, 4) Tuần hoàn bàng hệ

Hậu môn: Bình thường Bất thường

Khác:

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

Đi tiểu: Bình thường Tiểu buốt Tiểu rắt Tiểu ít hơn ngày bình thường

Màu sắc nước tiểu: Bình thường Bất thường Màu sắc thể tích.....ml/24h

Hồ thận: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

Bộ phận sinh dục ngoài: Bình thường Bất thường

Khác:

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

Co giật: Không Có: số lần..... Co giật toàn thân

Cục bộ Tỉnh ngay sau giật Liên quan sốt cao

Thời gian giật.....phút Liệt/yếu vận động sau giật, vị trí:.....

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.....

Thần kinh sọ não: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

Liệt ½ người phải: Không Có Liệt ½ người trái: Không Có

Liệt 2 chi dưới: Không Có Liệt tứ chi: Không Có

Khác:

2.6. Cơ - Xương - Khớp:

Cơ: Bình thường Đau cơ, vị trí.....

Xương: Bình thường Teo cơ, vị trí.....

Khớp: Bình thường Đau xương, vị trí.....

Biến dạng xương, vị trí.....

Đau khớp, vị trí.....

Sưng đỏ khớp, vị trí.....

Khác:

2.7. Tai - Mũi - Họng, Răng - Hàm - Mặt, Mắt, Dinh dưỡng:

.....

.....

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:
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 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)