

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: Giá trị sử dụng từ ngày...../...../20.....
- Số Căn cước/Hộ chiếu:
- 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 Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
5. Chuyển khoa: /...../20..... /...../20..... /...../20.....	
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, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:.....

Vào: Giờ thứ: của bệnh Ngày thứ: của bệnh Không rõ.

Mục đích khám Khám bệnh Khám sàng lọc

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:

2.1. Phụ khoa:

Bắt đầu có kinh:..... Số lần có thai:.....

Chu kỳ:..... Số lần sảy:.....

Số ngày có kinh:..... Số lần phá thai:.....

Các bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị:..... Số lần sinh:.....

..... Cách thức sinh:.....

..... Số con sống:.....

2.3. Tiền sử Nội, Ngoại khoa (ghi rõ bệnh đã mắc và cách điều trị)

.....

.....

.....

3. Bệnh sử:

.....

.....

.....

III. KHÁM BỆNH

1. Khám toàn thân

Da.....Niêm mạc.....Phù.....Xuất huyết.....

Mạch.....lần/phút Nhiệt độ.....^oC Huyết áp..... /mmHg Nhịp thở.....lần/phút

Tim.....

Phổi.....

Thận.....

Thiếu máu.....

Các bệnh khác.....

2. Khám thực thể (khám phụ khoa, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, tử cung, phần phụ, các bất thường khác...)

.....

.....

.....

.....

.....

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

Xét nghiệm máu ngoại vi
Xét nghiệm đông máu
Xét nghiệm sinh hóa máu
Siêu âm
Sinh thiết

Xét nghiệm HPV
Xét nghiệm tế bào cổ tử cung
Nghiệm pháp VIA/VILI
Soi cổ tử cung

Khác:.....

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:

VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo:.....
.....
.....

Biện pháp tránh thai được cung cấp:	Không	Có:
DCTC	Bao cao su	Thuốc viên
	Thuốc cấy	Triệt sản
Chế độ chăm sóc:	Cấp I	Cấp II
		Cấp III
Tư vấn/giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh:	Không	Có:

.....
.....

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 cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán

Xét nghiệm HPV:	Bình thường	Bất thường	
Xét nghiệm tế bào cổ tử cung:	Bình thường	Bất thường	
Nghiệm pháp VIA/VILI:	Bình thường	Bất thường	Nghi ngờ ung thư
Siêu âm			
Soi cổ tử cung			
Sinh thiết.....			
Khác, ghi rõ			

4. Phương pháp điều trị:

a. Nội khoa: Không Có, ghi rõ:.....

.....

b. Phẫu thuật, thủ thuật: Không Có, ghi rõ phương pháp:

.....

c. Điều trị tiền ung thư cổ tử cung:

Đốt điện/đốt laser/áp lạnh CTC	LEEP cổ tử cung
Khoét chóp cổ tử cung	Khác, ghi rõ:

d. Kế hoạch hóa gia đình

Tai biến khi thực hiện biện pháp tránh thai

Chảy máu	Nhiễm trùng	Sốt	Đau bụng	Khác, ghi rõ:
----------	-------------	-----	----------	---------------------

5. Tình trạng ra viện:

Khỏi	Đỡ	Không thay đổi	Nặng hơn
Tiền 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)