

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (*In hoa*):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: 3. Giới tính: Nam Nữ
- Điện thoại: 5. Số Căn cước/Hộ chiếu:
- Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:.....
- Huyện (Q, Tx):..... Tỉnh, thành phố:.....
- Nghề nghiệp: 8. 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..... 3. 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 7. Nơi chuyển đi:.....
- Vào khoa: /...../20..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
- Chuyển khoa: /...../20..... 8. Ra viện: ngày...../...../20.....
-/...../20..... Ra viện Xin ra viện Trốn viện
-/...../20..... Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
- Tổng số ngày điều trị: Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

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 Gói (bao)/năm:.....
Thuốc láo:	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:

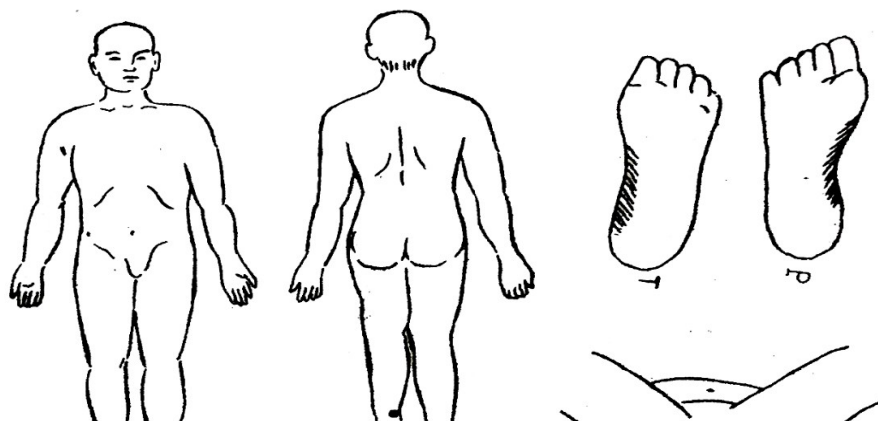
- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh:Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống:

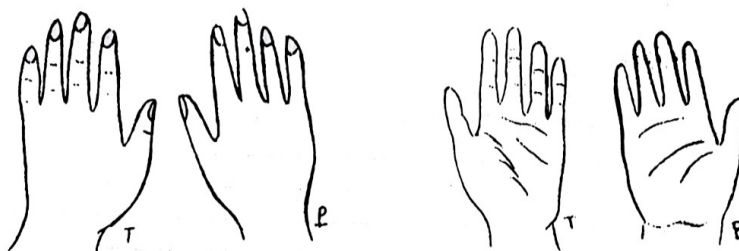
- Mô tả:

Độ	Ký hiệu	Diện tích

Ký hiệu độ bỏng (Tỷ lệ % hoặc cm²)



- Phân độ theo:.....



3. Các cơ quan

Tuần hoàn: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Hô hấp: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Tiêu hoá: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Thận - tiết niệu: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Thần kinh: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Cơ - xương - khớp: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Nội tiết, dinh dưỡng: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Bệnh lý khác:

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

5. 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)