

**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: Ngày thứ: ..... của bệnh Tháng thứ: ..... của bệnh  
Năm 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, triệu chứng cơ năng, diễn biến bệnh...)

Triệu chứng xuất hiện đầu tiên (xuất hiện từ khi nào, diễn biến...): .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến: Không Có, ghi rõ:  
.....

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

**2.1. Bản thân:** (các bệnh cấp tính, mạn tính đã mắc, đang mắc)

|                           |       |                                                    |
|---------------------------|-------|----------------------------------------------------|
| <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: .....                               |
| .....                     |       |                                                    |
| <b>Thuốc đang dùng:</b>   | Không | Có: loại thuốc: .....                              |
| <b>Tiền sử bệnh:</b>      | Không | Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:                   |
| Ung thư:                  | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Bệnh tim mạch:            | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Bệnh hô hấp:              | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Bệnh tiêu hóa, viêm gan   | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Nội tiết - thần kinh:     | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Thận - tiết niệu:         | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Bệnh nội khoa khác:       | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| <b>Lịch sử điều trị:</b>  | Không | Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:                   |
| Phẫu thuật:               | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Hóa trị:                  | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Điều trị đích:            | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Miễn dịch:                | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| Xạ trị:                   | Không | Có, ghi rõ: .....                                  |
| .....                     |       |                                                    |
| <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         |
| .....                     |       |                                                    |

**Một số đặc điểm đặc biệt khác** (chế độ ăn uống, sinh hoạt, điều trị...).....

**2.2. Gia đình:** (ghi rõ quan hệ huyết thống, mắc các bệnh có liên quan).

Ung thư: Không Có U lành: Không Có

(Nếu có mô tả rõ quan hệ huyết thống, loại ung thư, tuổi khi mắc bệnh, tình trạng hiện tại).....

**3. Cam kết của người cung cấp thông tin:** Tôi xác nhận các thông tin liên quan đến tiền sử bệnh nêu trên là đúng và tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về các nội dung đã cung cấp.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Người bệnh/thân nhân của người bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

### III. KHÁM BỆNH

#### 1. Toàn thân:

Tinh thần: Bình thường Bất thường, ghi rõ: .....

Toàn trạng: Bình thường Bất thường, ghi rõ: .....

Da – niêm mạc: Bình thường Bất thường, ghi rõ: .....

Hạch ngoại biên: Bình thường Bất thường, ghi rõ: .....

Mạch .....  
lần/ph  
Nhiệt độ.....<sup>o</sup>C  
Huyết áp ...../.....  
mmHg  
Nhịp thở.....  
lần/ph  
Chiều cao.....cm  
Cân  
nặng ..... .kg  
SpO<sub>2</sub>.....%  
BMI.....

Tình trạng dinh dưỡng: Bình thường Bất thường, ghi rõ: .....

#### 2. Bộ phận tổn thương:

| Hình vẽ hoặc ảnh (nếu có) | Mô tả tổn thương |
|---------------------------|------------------|
|                           | .....            |
|                           | .....            |
|                           | .....            |
|                           | .....            |
|                           | .....            |
|                           | .....            |

#### 3. Các cơ quan

##### 3.1. Thần kinh:

Rối loạn tri giác: Không Có Glasgow.....điểm  
Rối loạn vận động: Không Yếu Liệt khu trú Khác:.....  
Rối loạn cảm giác vùng: Không Có, ghi rõ: .....  
Khám các dây thần kinh sọ: Bình thường Bất thường, ghi rõ: .....  
Phản xạ gân xương: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....  
.....

##### 3.2. Tuần hoàn:

Nhịp tim: Đều Không đều: Tần số:.....chu kỳ/phút

Tiếng thổi bất thường:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

**3.3. Hô hấp:**

Hình dáng lồng ngực:                      Cân đối                      Không cân đối

Rì rào phế nang 2 bên:                      Rõ                      Không rõ

Tiếng thổi bất thường:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

**3.4. Tiêu hoá:**

Bụng chướng:                      Không                      Có                      Điểm đau:                      Không                      Có

Sọ mổ cũ:                      Không                      Có                      Gan to:                      Không                      Có

Sờ phát hiện khối bất thường:                      Không                      Có                      Lách to:                      Không                      Có

**3.5. Cơ – Xương - Khớp:**

Vận động chi:                      Bình thường                      Bất thường, vị trí: .....

Sờ phát hiện khối bất thường:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

**3.6. Tiết niệu:**                      Bình thường                      Bất thường, ghi rõ: .....

**3.7. Sinh dục:**                      Bình thường                      Bất thường, ghi rõ: .....

**3.8. Bệnh lý khác:** .....

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

Siêu âm:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

X - quang                      Không                      Có, ghi rõ: .....

MRI:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

CT:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

PET/CT:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

GPB:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

Tế bào                      Không                      Có, ghi rõ: .....

Khác:.....

**5. Tóm tắt bệnh án:**

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán sơ bộ: .....T.....N.....M.....Giai đoạn.....

2. Chẩn đoán phân biệt:.....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính: ..... T.....N.....M.....Giai đoạn.....

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

## V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng: .....

## VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

### 1. Lập kế hoạch điều trị

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

.....

.....

.....

Dự kiến phương pháp điều trị:

Phẫu thuật:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

Hóa trị:                              Không                      Có, ghi rõ: .....

Điều trị đích:                      Không                      Có, ghi rõ: .....

Miễn dịch:                        Không                      Có, ghi rõ: .....

Xạ trị:                              Không                      Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

Dự kiến phác đồ điều trị: .....

2. Chế độ chăm sóc:      Cấp I                      Cấp II                      Cấp III

3. Chế độ dinh dưỡng:    Nuôi ăn đường miệng                      Nuôi qua ống thông                      Nuôi ăn tĩnh mạch

4. Giải thích, tư vấn cho người bệnh/thân nhân:                      Không                      Có, ghi rõ:

.....

.....

### 5. Ý kiến người bệnh và gia đình:

Người bệnh và thân nhân của người bệnh xác nhận đã được nghe bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, phương án chẩn đoán và xử trí cũng như dự kiến tiên lượng.

Người bệnh/thân nhân của người bệnh đồng ý với phương án điều trị.

Khác:.....

Người bệnh/thân nhân của người bệnh (Ký, ghi rõ họ tên):.....

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):**

|                            |       |                              |
|----------------------------|-------|------------------------------|
| 4.1 Phẫu thuật, thủ thuật: | Không | Có, ghi rõ phương pháp:..... |
| 4.2 Xạ trị:                | Không | Có, ghi rõ:.....             |
| 4.3 Hóa trị                | Không | Có, ghi rõ:.....             |
| 4.4 Điều trị đích          | Không | Có, ghi rõ:.....             |
| 4.5 Miễn dịch              | Không | Có, ghi rõ:.....             |

**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)