

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (In hoa):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: 3. Giới tính: Nam Nữ
- Điện thoại: 5. Nghề nghiệp:
- Dân tộc: 7. 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
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:.....	

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, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:.....

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:

Dị ứng:	Không	Có, ghi rõ.....
Tại mắt:	Không	Có, ghi rõ.....
Bản thân:	Không	Có, ghi rõ.....
Gia đình:	Không	Có, ghi rõ.....

III. KHÁM BỆNH

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI		BỘ PHẬN	MẮT TRÁI	
		Thị lực		
		Không kính		
		Có kính		
		Nhãn áp		
				
Bình thường	Bất thường	Hốc mắt	Bình thường	Bất thường
Mô tả:			Mô tả:	
.....				
Bình thường	Bất thường	Tình trạng nhãn cầu	Bình thường	Bất thường
Mô tả:			Mô tả:	
.....				
Bình thường	Bất thường	Vận nhãn	Bình thường	Bất thường
Mô tả:			Mô tả:	
.....				

Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

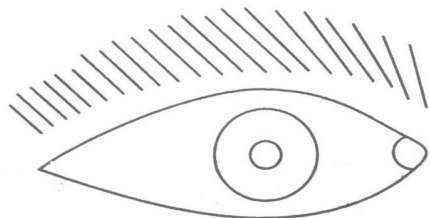
Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....



Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Bình thường Bất thường

Mô

tả:

Lệ đạo Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Mi mắt Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Kết mạc Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Giác mạc Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Củng mạc Bình thường Bất thường

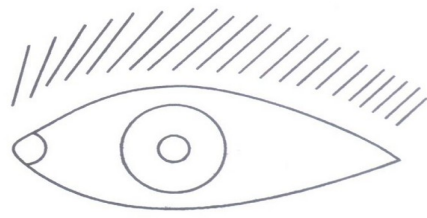
Mô

tả:

.....

.....

Hình vẽ mô tả



Tiền phòng Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Mống mắt Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

.....

Đồng tử (Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh Bình thường Bất thường

Mô

tả:

.....

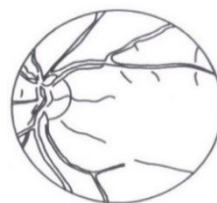
.....

Bình thường Bất thường

Mô tả:

.....

Bình thường	Bất thường
Mô	
tả:	
.....	



Bình thường Bất thường

Mô tả:

.....

.....

Mạch:..... lần/phút
Nhiệt độ:..... °C
Huyết áp:..... mmHg
Nhịp thở:..... lần/phút
Cân nặng:..... Kg
Chiều cao:..... cm

4. Tóm tắt bệnh án

VI. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh và mã ICD kèm theo):

1. Chẩn đoán lúc vào viện (MP, MT):
2. Chẩn đoán phân biệt (MP, MT):.....
3. Chẩn đoán xác định (MP, MT):
- Bệnh chính:
- Bệnh kèm theo (nếu có):.....
- Biến chứng (nếu có):.....

VII. TIÊN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VIII. 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

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. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....

MT:.....

2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa: Không Có, ghi rõ:.....

.....

.....

.....

Phẫu thuật

Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

.....

.....

.....

.....

.....

3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:

.....

.....

- Mắt phải:

.....

.....

- Mắt trái:

.....

.....

Thị lực ra viện: MP:.....

Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

MT:.....

Thị lực chính kính MP:.....
MT:.....

MT:..... mmHg

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sĩ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)