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

BỆNH ÁN
RĂNG HÀM MẶT

MS: BA-12

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên *(In hoa):* .....
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi: 3. Giới tính: Nam Nữ
4. Điện thoại: ..... 5. Nghề nghiệp: .....
6. Dân tộc: ..... 7. Quốc tịch: .....
8. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố..... Xã, phường:.....
Huyện (Q, Tx):..... Tỉnh, thành phố:.....
9. Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn Khác
10. Số thẻ BHYT: ..... Giá trị sử dụng từ ngày...../...../20.....
11. Số Căn cước/Hộ chiếu: .....
12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ..... :..... ngày...../...../20.....
2. Tiếp nhận từ: Cấp cứu Khoa KB Đơn vị khác

	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày
4. Vào khoa:		.....:.....	...../...../20.....	
5. Chuyển khoa:		.....:.....	...../...../20.....	
		.....:.....	...../...../20.....	
		.....:.....	...../...../20.....	
6. Tổng số ngày điều trị:				

3. Nơi chuyển đến:.....
Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
7. Nơi chuyển đi:.....
Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
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

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

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 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 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
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: .....

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: *(ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động,...)*

Tỉnh, tiếp xúc tốt: Không Có
Tỉnh, tiếp xúc chậm: Không Có
Mê: Không Có
Glasgow ..... điểm
Khác.....
.....

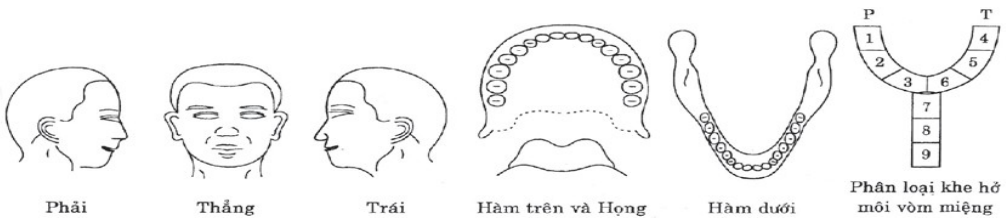
Mạch	.....	*lần/ph*
Nhiệt độ	.....	*^{0}C*
Huyết áp	.....	*mmHg*
Nhịp thở	.....	*lần/ph*
Cân nặng	.....	*kg*
Chiều cao	.....	*cm*

2. Bệnh chuyên khoa

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện



1, 4 là khe hở môi
2, 5 là khe hở xương ổ răng
3,6 là khe hở cung hàm
7, 8 là khe hở vòm miệng cứng
9 là khe hở vòm miệng mềm

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. TIÊN LƯỢNG

Tiên lượng gần: .....

Tiên 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)