

**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.....                                    | 3. Nơi chuyển đến:.....                         |
| 2. Tiếp nhận từ: Cấp cứu Khoa KB Đơn vị khác                                  | Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/> |
| Khoa Giờ Ngày Số ngày                                                         | 7. Nơi chuyển đi:.....                          |
| 4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>    | Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>  |
| 5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> | 8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....       |
| <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>                 | Ra viện Xin ra viện Trốn viện                   |
| <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>                 | Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn             |
| 6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>                                | Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh             |

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

|                                                                            |                      |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1. Chẩn đoán vào viện:.....                                                | <input type="text"/> |
| 2. Chẩn đoán ra viện:                                                      |                      |
| Bệnh chính:.....                                                           | <input type="text"/> |
| Bệnh kèm theo:.....                                                        | <input type="text"/> |
| Biến chứng: .....                                                          | <input type="text"/> |
| Thủ thuật Phẫu thuật Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): Lành tính 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**

|                                                                                                        |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 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:.....                                                                 | <input type="text"/> |

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.

### 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:

|                   |       |                                  |
|-------------------|-------|----------------------------------|
| <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: .....             |
| Khác: .....       |       |                                  |

|                         |       |                       |
|-------------------------|-------|-----------------------|
| <b>Thuốc đang dùng:</b> | Không | Có, loại thuốc: ..... |
|-------------------------|-------|-----------------------|

|                      |       |                                  |
|----------------------|-------|----------------------------------|
| <b>Tiền sử bệnh:</b> | 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: ..... |  |  |
|-------------|--|--|

|                            |       |                   |
|----------------------------|-------|-------------------|
| <b>Tiền sử phẫu thuật:</b> | 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         |
| 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: .....

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương).....

### III. KHÁM BỆNH

#### 1. Toàn thân:

Tỉnh, tiếp xúc tốt: Không Có

Tỉnh, tiếp xúc chậm: Không Có

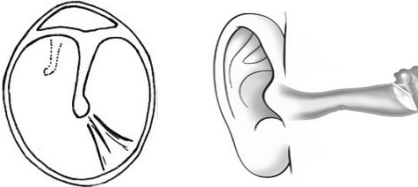
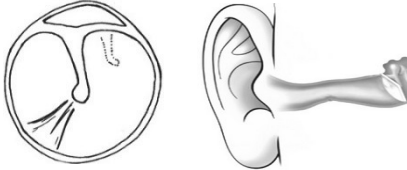
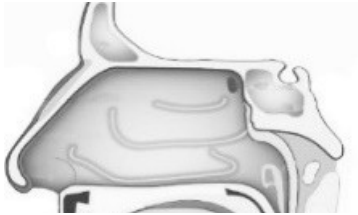
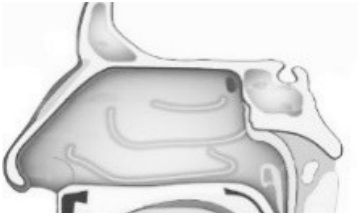
Mê: Không Có:

Glasgow: .....điểm

Khác:.....

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

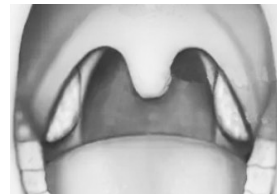
#### 2. Tai Mũi Họng:

| Bộ phận             | Triệu chứng/Dấu hiệu/ Mô tả          | Hình vẽ                                                                               |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Tai phải:           | Bình thường Bất thường, ghi rõ ..... |    |
| Tai trái:           | Bình thường Bất thường, ghi rõ ..... |  |
| Hình thể ngoài mũi: | Bình thường Bất thường, ghi rõ ..... |  |
| Hốc mũi phải:       | Bình thường Bất thường, ghi rõ ..... |  |
| Hốc mũi trái:       | Bình thường Bất thường, ghi rõ ..... |  |
| Vòm mũi họng:       | Bình thường Bất thường, ghi rõ ..... |                                                                                       |

Họng miệng: Bình thường Bất thường, ghi rõ .....

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

P



T

Hạ họng – Thanh quản: Bình thường Bất thường, ghi rõ .....

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

P



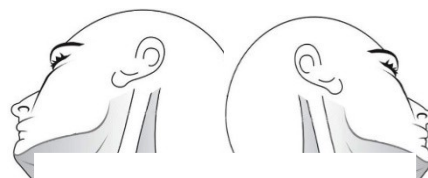
T

Vùng đầu cổ: Bình thường Bất thường, ghi rõ .....

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

Hạch Cổ: Không Có:

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



P

T

Khác:

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

### 3. Các cơ quan khác:

Răng – Hàm – Mặt: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

Mắt: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Tuần hoàn: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Hô hấp: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Tiêu hóa: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Thận – tiết niệu Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

– sinh dục: .....

Thần kinh: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

.....

Cơ – xương – khớp: 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: ..... | <div></div> |
| 2. Chẩn đoán phân biệt: .....    | <div></div> |
| 3. Chẩn đoán xác định:           |             |
| Bệnh chính: .....                | <div></div> |
| Bệnh kèm theo (nếu có):.....     | <div></div> |
| Biến chứng (nếu có):.....        | <div></div> |

**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)