

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

BỆNH ÁN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS: BA-14
Mã QR (nếu có)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (In hoa):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Giới tính: Nam Nữ
- Điện thoại:
- Số Căn cước/Hộ chiếu:
- Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:.....
Huyện (Q, Tx):.....
Tỉnh, thành phố:.....
- Nghề nghiệp:
- Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn Giấy chứng nhận khuyết tật: *Dạng khuyết tật:*; *Mức độ KT:.....* 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.....
- Tiếp nhận từ: Cấp cứu Khoa KB Đơn vị khác Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
- Nơi chuyển đến:.....
- Vào khoa: /...../20.....
- Chuyển khoa: /...../20.....
/...../20.....
/...../20.....
- 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
- Tổng số ngày điều trị:

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 Tháng thứ:..... của bệnh Không rõ

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: (Khởi phát, triệu chứng lâm sàng, diễn biến, tiến triển của bệnh...)

.....

.....

.....

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

Tình trạng hiện tại (Ghi triệu chứng cơ năng):

.....

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:

.....

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:
----------	-------	-------------------

.....

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
---------------------------	-------	--

.....

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:

Ý thức: Tỉnh táo Lơ mơ Hôn mê Glassgow:..... điểm

Da, niêm mạc:.....

Tình trạng đau (Mô tả vị trí, tính chất, mức độ...):.....

Hạch ngoại biên:.....

Tuyến giáp:.....

Các khuyết tật:

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....^oC
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Chiều cao: cm
Cân nặng: Kg
SpO₂:.....%
BMI:.....

2. Các cơ quan

2.1. Tuần hoàn: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau ngực:	Không	Có:	Điển hình	Không điển hình
Hồi hộp đánh trống ngực:	Không	Có	Nhịp nhanh:	Có, tần số:..... Không
Loạn nhịp:	Không	Có:	Tần số tim trong 3 phút:.....	Lần
Thổi tâm thu:	Không	Có:	Vị trí:.....	
Tiếng tim bất thường:		Không	Có: Mô tả:.....	
Giãn tĩnh mạch ngoại vi:		Không	Có: Mô tả:.....	
Đau cách hồi:	Không	Có:	(Vị trí:.....)	

2.2. Hô hấp: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Khó thở:	Không	Có:	Kiểu thở.....	
Biến dạng lồng ngực:	Không	Có:	Mô tả:.....	
Gõ lồng ngực:	Bình thường	Đục	Vang: vị trí.....	
Rì rào phế nang:	Bình thường	Giảm:	vị trí.....	
Rung thanh:	Bình thường	Tăng	Giảm: vị trí.....	
Rale:	Không	Có:	Rale ẩm Rale nổ Rale rít Rale ngáy	

2.3. Tiêu hóa: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau bụng:	Không	Có: vị trí:.....	Phản ứng thành bụng:	Không	Có
Buồn nôn:	Không	Có	Chướng bụng:	Không	Có
Nôn ra máu:	Không	Có	Táo bón:	Không	Có
Đại tiện phân có máu:	Không	Có:	Máu tươi	Phân đen	
Tiêu chảy:	Không	Có:	số lần:.....		
Lách:	Bình thường	Độ.....	(1,2,3,4)		
Gan:	Bình thường	To (.....cm dưới bờ sườn)			
Cổ trướng:	Không	Có	Tuần hoàn bàng hệ:	Không	Có
Điểm đau ở ổ bụng:	Không	Có, mô tả:.....			

2.4. Thận – tiết niệu: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Chạm thận (+):	Không	Có	Bập bênh thận:	Không	Có
Đau điểm niệu quản:	Không	Có, vị trí:			
Cầu bàng quang:	Không	Có			
Khả năng bài xuất nước tiểu:	Bình thường	Rối loạn			

Màu sắc nước tiểu:	Bình thường	Bất thường	Màu sắc:	Thể tích:.....ml/24h
Tiểu buốt:	Không	Có	Tiểu rắt:	Không Có

2.5. Tâm thần - Thần kinh:

Dấu hiệu căng thẳng:	Không	Có	Dấu hiệu lo âu:	Không	Có
Dấu hiệu trầm cảm:	Không	Có	Dấu hiệu rối loạn hành vi:	Không	Có
Hội chứng màng não:	Không	Có	Hội chứng tăng áp lực nội sọ:	Không	Có
Hội chứng tiểu não:	Không	Có	Hội chứng ngoại tháp:	Không	Có
Trương lực cơ:	Bình thường	Tăng	Giảm: vị trí.....		
Trương lực cơ:	Bình thường	Cơ được thử:.....	Bạc thử cơ:.....		
	Giảm (cơ được thử, bạc thử cơ)	Cơ được thử:.....	Bạc thử cơ:.....		
		Cơ được thử:.....	Bạc thử cơ:.....		
Phản xạ gân xương:	Bình thường	Tăng	Giảm: vị trí.....		
Liệt ½ người phải:	Không	Có	Liệt ½ người trái:	Không	Có
Dấu hiệu bán manh:	Không	Có, mô tả.....			
Liệt 2 chi dưới:	Không	Có	Liệt tứ chi:	Không	Có
Liệt dây thần kinh ngoại vi:	Không	Có, dây bị liệt:.....			

Khác (Tri giác; vận động; cảm giác; phản xạ bệnh lý; thăng bằng, điều hợp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác):

2.6. Cơ – xương – khớp, cột sống:

Cơ – xương – khớp

Đau cơ:	Không	Có: vị trí	Đau khớp:	Không	Có: vị trí
Sưng đỏ khớp:	Không	Có: vị trí	Đau cột sống:	Không	Có: vị trí
Teo cơ:	Không	Có: vị trí	Hạt Tophi:	Không	Có: vị trí
Cứng khớp buổi sáng:	Không	Có			

Chu vi chi thể (cm):

Hạn chế tầm vận động khớp: Không Có, vị trí, tầm vận động:.....

Cột sống, khung chậu, chi thể:

Gù	Không	Có: vị trí.....	Ưỡn	Không	Có: vị trí.....
Vẹo	Không	Có: vị trí.....		Góc Cobb:.....độ...	
Lasègue Trái:.....độ/	Lasègue Phải:.....độ	Valleix:	Âm tính,	Dương tính (bên):.....	
Nghiệm pháp Schober:cm	Nghiệm pháp Stibor:.....cm		Nghiệm pháp tay - đất:.....cm		
Dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh	Không	Có: vị trí rễ.....			
Khung chậu	Bình thường	Bất thường, mô tả:.....			
Chênh lệch chiều dài chi trên	Không	Có, mô tả:			
Chênh lệch chiều dài chi dưới	Không	Có, mô tả:			

2.7. Tai – mũi – họng:

Tai:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:
Mũi, họng:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:
Thanh quản:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:

2.8. Răng – hàm – mặt: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

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

2.10. Nội tiết - Dinh dưỡng:

Nội tiết: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Dinh dưỡng: Bình thường Kém Không ăn được

2.11. Cơ quan khác:

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

Tổng phân tích tế bào máu	Nước tiểu	Siêu âm:.....
Sinh hóa máu	Nội soi dạ dày	Nội soi đại tràng
Điện tim	Điện não	Điện cơ:.....
Xquang:.....	CT:.....	MRI:.....

IV. LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

1. Hoạt động chức năng; TG = Trợ giúp

Vận động và di chuyển

Độc lập	TG tối thiểu	TG trung bình	TG tối đa	Phụ thuộc
---------	--------------	---------------	-----------	-----------

Lăn trở trên giường
Ngồi dậy từ tư thế nằm
Chuyển từ giường sang ghế/xe lăn
Ngồi- đứng dậy tại chỗ
Ra vào nhà vệ sinh, nhà tắm
Đi lại bằng hai chân
Đi lại với dụng cụ TG (gậy, nạng, xe lăn..)

Sinh hoạt hàng ngày

Độc lập	TG tối thiểu	TG trung bình	TG tối đa	Phụ thuộc
---------	--------------	---------------	-----------	-----------

Ăn uống:
Tắm rửa:
Đánh răng, chải tóc, trang điểm:
Mặc quần áo:
Mặc quần, đi giày tất:
Đi vệ sinh (đại/tiểu tiện):

Nhận thức, giao tiếp

Nhận thức

Bình thường Rối loạn

Nhận thức

Không Có

Giao tiếp : Thất ngôn
Định hướng: Thất vận ngôn

Tập trung, chú ý:
Giải quyết vấn đề:
Trí nhớ:

Hội chứng lãng quên
Hội chứng mất thực dụng
Rối loạn chức năng điều hành

Các chức năng khác

Rối loạn nuốt:	Không	Có	Ăn qua:	Miệng
			Thông dạ dày đường mũi	Mở thông dạ dày qua da
Rối loạn tiểu tiện:	Không	Có:	Không tự chủ	Rỉ tiểu Bí tiểu
			Tiểu nhiều lần	
		Kiểu đi tiểu:	Tự tiểu	Thông tiểu lưu
			Thông tiểu cách quãng	Mở thông bàng quang
Rối loạn đại tiện:	Không	Có:	Kiểu tiết phân	Tự phát Theo chu kỳ
Rối loạn sinh dục:	Không	Có, mô tả:.....		

2. Tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội

Tham gia các hoạt động gia đình/ xã hội	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không, ít tham gia
Chuẩn bị bữa ăn			
Dọn dẹp nhà cửa, nơi ở			
Đi chợ, mua sắm			
Đọc sách, chơi thể thao			
Đi hội họp, bầu cử, lễ chùa/nhà thờ			
Lái xe ô tô/môtô/ đi xe buýt			
Làm việc bên ngoài (vườn, cây cảnh.....)			

3. Yếu tố môi trường (Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật, gồm: Tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội.....; đánh dấu vào ô tương ứng)

Môi trường sống	Không ảnh hưởng	Ảnh hưởng ít	Ảnh hưởng nhiều
Quan tâm của xã hội	Đầy đủ	Một phần	Chưa được quan tâm
Quan tâm của gia đình	Đầy đủ	Một phần	Không quan tâm/bỏ mặc

4. Yếu tố cá nhân (Tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,.....; đánh dấu vào ô tương ứng):

Mù chữ	Tiểu học	THCS	THPT	Đại học	Sau ĐH
Đang có vợ/chồng	Góa	Ly thân	Ly hôn	Độc thân	
Đang đi làm có thu nhập		Nghỉ việc hưởng lương		Thất nghiệp	

5. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

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

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

VI. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Những khó khăn chính trong hoạt động chức năng của người bệnh:

.....

.....

.....

2. Mục tiêu điều trị - Phục hồi chức năng:

.....

.....

.....

3. Điều trị và can thiệp PHCN

Chỉ định thuốc:.....

Điều trị bằng tác nhân Vật lý

Vận động trị liệu

Hoạt động trị liệu

Ngôn ngữ trị liệu

Dụng cụ phục hồi chức năng

Tâm lý trị liệu

.....

4. Điều trị các bệnh lý kèm theo và chế độ chăm sóc người bệnh

Tăng huyết áp

Đái tháo đường

Rối loạn lipid máu

Bệnh mạch vành

Rối loạn chức năng gan

Thuốc chống đông

Rối loạn chức năng thận

Lọc máu chu kỳ

Chăm sóc cấp I

Chăm sóc cấp II

Chăm sóc cấp III

Hỗ trợ ăn uống đường
miệng

Nuôi đường tĩnh mạch

Nuôi dưỡng qua thông dạ dày

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....

.....

.....

2. Tóm tắt kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

.....

3. Phương pháp điều trị và PHCN:

.....

.....

.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện

Vận động và di chuyển:

.....

.....

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

.....

.....

Nhận thức, giao tiếp:

.....

.....

Tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội:

.....

.....

Yếu tố môi trường sống:

.....

.....

Yếu tố cá nhân:

.....

.....

Dụng cụ phục hồi chức năng sử dụng:

.....

.....

Các chức năng khác:

.....

.....

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (Sử dụng thuốc, những bài tập về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN.... nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

.....

.....