

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

BỆNH ÁN

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NHI

MS: BA-15
Mã QR (nếu có)

A. THÔNG TIN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (In hoa):
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Giới tính: Nam Nữ
- Nghề nghiệp:
- Số Căn cước/Hộ chiếu:
- Quốc tịch:
- Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố.....
Xã, phường:.....
- Huyện (Q, Tx):.....
Tỉnh, thành phố:.....
- Họ và tên bố:
Họ và tên mẹ:
- Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn
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
Khoa Giờ Ngày Số ngày
- Nơi chuyển đến:.....
Mã cơ sở KB, CB chuyển đến
- Vào khoa: /...../20.....
- Chuyển khoa: /...../20.....
/...../20.....
/...../20.....
- Tổng số ngày điều trị:
- Nơi chuyển đi:.....
Mã cơ sở KB, CB chuyển đi
- 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

- 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)

A. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:.....

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý: (Khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của cơ sở KB, CB trước khi đến...)

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

Tình trạng người bệnh hiện tại (Nêu triệu chứng cơ năng):.....

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

2.1. Tiền sử người mẹ:

Tiền sử sản khoa: [Sinh (đủ tháng), Sớm (đẻ non), Sẩy (nạo, hút), Sống]

Tuổi của mẹ khi sinh trẻ này:

Tình trạng sức khỏe khi mang thai

2.2. Tiền sử của con:

Con thứ mấy.....

Tình trạng khi sinh: Đẻ thường Đẻ mổ Giác hút Forceps Đẻ chỉ huy

Cân nặng lúc sinh:kg.

Dị tật bẩm sinh: Không Có, mô tả

Phát triển về tinh thần: Bình thường Bất thường

Phát triển về vận động: Bình thường Bất thường

Các bệnh lý khác:

Nuôi dưỡng: Sữa mẹ Nuôi nhân tạo Hỗn hợp Cai sữa tháng thứ

Chăm sóc: Tại nhà trẻ Tại nhà Khác Ghi rõ

Đã tiêm chủng: Lao Bại liệt Sởi Ho gà Uốn ván Bạch hầu

Những bệnh đã mắc và phương pháp điều trị: Không Có

2.3. Tiền sử gia đình: Có người bị dị tật, khuyết tật: Không Có

Người mắc (quan hệ huyết thống với NB: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị.....):.....

Tên bệnh:

Gia đình có người nhiễm chất độc da cam: Không Có, (quan hệ huyết thống với BN: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị.....):.....

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân:

Tri giác:	Tỉnh	Bút rút	Ngủ gà	Li bì	Mê	Mạch.....lần/phút Nhiệt độ.....°C Huyết áp...../.....mmHg Nhịp thở.....lần/phút Cân nặng.....kg Chiều cao.....cm SpO₂.....% BMI.....
Da, niêm mạc:	Hồng	Tái	Vàng			
Xuất huyết dưới da:	Không	Có, vị trí, đặc điểm:				
Ban trên da:	Không	Có, vị trí, đặc điểm:				
Môi:	Hồng	Tái	Tím			
Phù:	Không	Có, vị trí, tính chất:				
Mất nước:	Không	Có, mô tả:.....				
Dinh dưỡng:	Bình thường		Suy dinh dưỡng	Béo phì		
	Sụt cân		Bú kém/ăn kém	Bỏ bú/bỏ ăn		
Hạch:	Bình thường	Bất thường, mô tả:				
Tuyến giáp:	Bình thường	Bất thường, mô tả:				
.....						
.....						

2. Các cơ quan:

2.1. Tuần hoàn: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

2.2. Hô hấp: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

2.3. Tiêu hoá: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

2.4. Thận - Tiết niệu - Sinh dục: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

2.5. Thần kinh, Tâm thần:

Co giật:	Không	Có:	Toàn thân.....lần	Cục bộ
Tỉnh ngay sau giật	Tỉnh ngay sau giật	Liên quan sốt cao	Thời gian giật.....phút	
	Liệt/yếu vận động sau giật,	vị trí.....		
Dấu hiệu, não màng não:	Không	Có.....		
Trương lực cơ:	Bình thường	Tăng	Giảm - vị trí.....	
Cơ lực:	Bình thường	Cơ được thử.....	Bậc.....	
	Giảm (Cơ được thử,	Cơ được thử.....	Bậc.....	
	bậc thử cơ)	Cơ được thử.....	Bậc.....	
Phản xạ gân xương:	Bình thường	Tăng	Giảm - vị trí.....	
Thần kinh sọ não	Bình thường	Bất thường, mô tả:.....		

Liệt ½ người phải:	Không	Có	Liệt ½ người trái:	Không	Có
Liệt 2 chi dưới:	Không	Có	Liệt tứ chi:	Không	Có

Khác (Tri giác; vận động; cảm giác, phản xạ da, phản xạ bệnh lý;; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợ; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác)

.....

.....

.....

2.6. Cơ - Xương - Khớp, Cột sống

Cơ:	Bình thường	Đau cơ, vị trí.....
		Teo cơ, vị trí.....
Xương:	Bình thường	Đau xương, vị trí.....
		Biến dạng xương, vị trí.....
Khớp:	Bình thường	Đau khớp, vị trí.....
		Sưng đỏ khớp, vị trí.....
Cột sống	Bình thường	Gù, vị trí.....
		Vẹo, vị trí, góc Cobb:.....
		Uõn, vị trí.....

Khác (Hình thể, chức năng; thử cơ bằng tay...):.....

.....

.....

.....

2.7. Tai - Mũi - Họng: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

.....

.....

2.8. Răng - Hàm - Mặt: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

.....

.....

2.9. Mắt: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

.....

.....

2.10. Nội tiết Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

.....

.....

2.11. Dinh dưỡng Chưa phát hiện bất thường Bất thường, mô tả:

.....

.....

.....

2.9. Bệnh lý khác:

.....

.....

.....

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm (Đánh dấu vào ô cần làm, thêm XN khác thì ghi ở bên dưới)

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

Đánh giá rối loạn nuốt
Xét nghiệm rối loạn chuyển hóa

Đo áp lực hậu môn trực tràng
Nhiễm sắc thể

Xét nghiệm khác:
.....
.....
.....

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
Kiểm soát đầu cổ					
Lấy lật					
Ngồi					
Ngồi dậy từ tư thế nằm					
Quì bò					
Đứng					
Đi lại với dụng cụ hỗ trợ					
Tự đi lại					

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

Kỹ năng vận động tinh và Sinh hoạt hàng ngày	Độc lập	TG tối thiểu	TG trung bình	TG tối đa	Phụ thuộc
Với tay cầm đồ vật					
Thả đồ vật					
Phối hợp 2 tay					
Cắt dán					
Tô, viết , vẽ					
Ăn uống					
Tắm rửa,					
Đánh răng, chải tóc					
Mặc áo					
Mặc quần, đi giày tất					
Đi vệ sinh (đại/tiểu tiện)					

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

Nhận thức

Nhận thức	Bình thường	Rối loạn
Giao tiếp		Có, mô tả:.....
Ngôn ngữ		Có, mô tả:.....
Tập trung, chú ý		Có, mô tả:.....
Giải quyết vấn đề		Có, mô tả:.....
Trí nhớ		Có, mô tả:.....

Các chức năng khác

Rối loạn nuốt	Không	Có, mô tả:.....
Rối loạn tiêu tiện	Không	Có, mô tả:.....
Rối loạn đại tiện	Không	Có, mô tả:.....
Bất thường cơ quan sinh dục ngoài	Không	Có, mô tả:.....

Các rối loạn khác (Giác quan...):

2. Tham gia các hoạt động gia đình và xã hội (nếu có):

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.....)

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 (Học vấn, thể lực, tâm lý...)

Chưa đi học	Mầm non	Tiểu học	Trung học CS	Học nghề	Mù chữ
-------------	---------	----------	--------------	----------	--------

Khác (Thể lực, tâm lý):.....

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. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần:

Tiền lượng xa:

VI. 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: (Các bài tập, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN; ... Đánh dấu vào ô tương ứng).

Chỉ định thuốc:.....

.....

.....

.....

Vật lý trị liệu

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 (Đánh dấu vào các ô tương ứng):

.....

.....

.....

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(Đánh dấu vào các ô tương ứng, điền kết quả 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, các bài tập vận động, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN.....)

.....
.....
.....
Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)