

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

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ RĂNG HÀM MẶT

MS: BA-18

A. THÔNG TIN CHUNG

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:.....

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:

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...*)

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

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

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

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

2. Khám chuyên khoa

Ngoài miệng: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

Trong miệng: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: Không Có, ghi rõ:

.....

.....

4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

V. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

.....

.....

.....

VI. QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

Ngày	Diễn biến bệnh	Xử trí	Ghi chú

VII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ

Điều trị từ ngày/...../20..... đến ngày...../...../20.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sĩ điều trị

(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Đại diện cơ sở KB, CB

(Ký, đóng dấu)

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	Đờ	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)