

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

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS: BA-19
Mã QR (nếu có)

A. THÔNG TIN CHUNG:

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

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....

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 bệnh:

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

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân (*Ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...*).....

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....°C
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặngkg
Chiều cao cm

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

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

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

3. Các cơ quan

3.1. Tâm thần, thần kinh: (Tri giác; vận động; cảm giác; phản xạ gân xương, phản xạ da, phản xạ bệnh lý; trương lực cơ; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợp; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác...)

.....

.....

.....

.....

3.2. Cơ xương khớp, cột sống (Hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp; thử cơ bằng tay...)

.....

.....

.....

3.3. Các cơ quan khác (Tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tiết niệu, sinh dục...)

.....

.....

.....

.....

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG

.....

.....

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

.....

.....

.....

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

Bệnh, tật chính:.....

Bệnh, tật kèm theo (nếu có):.....

Phân biệt:.....

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 PHCN:

.....

.....

.....

3. Chương trình can thiệp PHCN: (Những bài tập, 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)

.....

.....

.....

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

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ làm bệnh án

(Ký, ghi rõ họ tên)

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng

.....

.....

.....

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

.....

.....

.....

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:

.....

Các chức năng khác:.....

.....

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội:.....

.....

Yếu tố môi trường và cá nhân:.....

.....

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (Những bài tập, 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)

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ điều trị

(Ký, ghi rõ họ tên)