

Sở Y tế:
Trung tâm y tế:
Trạm y tế xã, phường:

BỆNH ÁN
(Dùng cho tuyến xã, phường)

MS: BA-22
Số nhập trạm y tế:.....

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:
11. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
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 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: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

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

2. Các cơ quan

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:
.....		
Thần kinh:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:
.....		
Cơ – xương – khớp:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:
.....		
Tai – mũi – họng:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:
.....		
Răng – hàm – mặt:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:
.....		
Mắt:	Bình thường	Bất thường, ghi rõ:
Bệnh lý khác:.....		

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

.....

.....

4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Chẩn đoán khi vào trạm (Tên bệnh, mã ICD kèm theo):

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):

V. Tiên lượng:

.....

.....

.....

VI. Hướng điều trị :

.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Y, Bác sỹ làm bệnh án

PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ
(Dùng cho bệnh án tuyến xã, phường)

[illegible]

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. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

.....

3. Chẩn đoán khi ra trạm:

Bệnh chính:

Bệnh kèm theo (nếu có):

4. Ra trạm: giờ phút, ngày tháng năm 20.....

5. Tổng số ngày điều trị:.....ngày.

6. Tình trạng người bệnh khi ra trạm:

Khỏi	Đỡ	Không thay đổi	Nặng hơn
Tử vong	Tiên lượng nặng xin về		Chưa xác định

7. Tình hình tử vong:

Tử vong lúc :, ngày/...../20.....

Thời điểm tử vong: Trước khi vào Trạm Trong 24 giờ kể từ khi vào Trạm

Sau 24 giờ kể từ khi vào Trạm

Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

8. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Trưởng Trạm Y tế

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Y, Bác sỹ điều trị