

Bộ Y tế/ Sở Y tế.....
BV:

**PHIẾU CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH,
THĂM DÒ CHỨC NĂNG**

Mã QR (nếu có)
MS: CD-006
Số vào viện:
Mã người bệnh.....

MỨC CHẤT LƯỢNG....

Thường Khẩn Tối khẩn Theo yêu cầu BHYT.....

Họ tên người bệnh: Năm sinh: Giới tính: Nam Nữ
Địa chỉ: ...Phường/xã Quận/huyện: Tỉnh: Điện thoại: Email:
Khoa chỉ định: Phòng:.....Giường:.....
Chẩn đoán:.....
Người bệnh có dị vật kim loại trong cơ thể:
Các kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh đã có:
Lưu ý đặc biệt/lần thứ:.....
Cân nặng (kg): Chiều cao (cm):

Nội dung yêu cầu/chỉ định:

1.

GiờNgày tháng năm

Bác sĩ chỉ định

Họ tên:

Họ tên người thông báo chỉ định:

Họ tên người nhận chỉ định:Thời gian thông báo:...giờ.....ngày...../...../.....

Hẹn thực hiện chỉ định vào:...giờ.....ngày...../...../..... Tại Khoa:.....

Họ tên người thực hiện:Thời gian thực hiện:...giờ.....ngày...../...../.....

Thiết bị thực hiện/Quy trình kỹ thuật: Thuốc dùng (nếu có):

Tình trạng người bệnh (nếu có bất thường):

Thời gian hẹn trả kết quả:.....giờ.....ngày...../...../.....

Hình thức trả kết quả: Trực tiếp tại..... Trực tuyến

Họ tên người xem xét kết quả (nếu có): Giờ Ngày tháng năm 20...

Kết quả

Mô tả:

Hình ảnh đính kèm (nếu có):

Kết luận:

Diễn giải/xem xét/cảnh báo/đề nghị (nếu có): mang kết quả này cho lần khám sau

Mức chất lượng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được đánh giá và xếp loại theo Quyết định 2429/QĐ-BYT ngày 12/6/2017 ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học và các văn bản quy định hiện hành.

(*): kết quả cận lâm sàng được thực hiện bởi thuê khoán bên ngoài

Số trang trên tổng số trang

GiờNgày tháng năm
năm

Bác sĩ lâm sàng đọc kết quả

Họ tên:

Giờ Ngày tháng

Người phê duyệt kết quả

Họ tên: