

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

PHIẾU KHÁM THAI

MS: MS: 51/BV2
Số vào viện.....
Mã người bệnh

A. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ và tên (In hoa):
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
3. Điện thoại: 4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: 6. Quốc tịch:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:.....
Huyện (Q, Tx):..... Tỉnh, thành phố:.....
8. Đối tượng: BHYT Thu phí Miễn Khác
9. Số thẻ BHYT: Giá trị sử dụng đến:...../...../20.....
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. Thông tin lần khám trước:

Ngày khám:/...../20.....
Chẩn đoán:.....
Xử trí:.....

II. Hỏi bệnh

Lý do vào viện:
Lần có thai thứ:..... Số lần khám thai (bao gồm cả lần này):
Ngày đầu kỳ kinh cuối:..... Tuổi thai:..Ngày dự kiến sinh:...../...../20.....
Diễn biến lâm sàng:

Toàn thân: Bình thường Bất thường, ghi rõ:
Số mũi tiêm phòng uốn ván đã tiêm (bao gồm cả các lần mang thai trước nếu có):

III. Tiền sử bệnh (khai thác đối với khám thai lần đầu):

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: Không Có, biểu hiện:
Tiền sử bệnh: Không Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:
Bệnh huyết áp: Không Có Bệnh tuyến giáp: Không Có
Bệnh tim: Không Có Bệnh thận: Không Có
Bệnh hô hấp: Không Có Đái tháo đường: Không Có
Khác:
Thuốc đang dùng: Không Có, loại thuốc:
Tiền sử phẫu thuật: Không Có, ghi rõ:
Tiền sử sản khoa: Para:

Thời gian, nơi kết thúc thai nghén	Tuổi thai (sẩy, sinh non, đủ tháng, già tháng)	Diễn biến khi có thai	Cách thức sinh	Trẻ sơ sinh (cân nặng, bệnh tật)	Hậu sản

Phụ khoa:

Chu kỳ kinh: Đều số ngày..... Không đều
Phẫu thuật phụ khoa: Không Có, ghi rõ:.....
Khối u buồng trứng: Không Có Dị dạng sinh dục: Không Có
Khối u tử cung: Không Có Tăng sinh môn: Không Có

Sa tạng chậu: Không Có

Bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị:

2.2. Tiền sử gia đình: Không Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đa thai: Không Có Đái tháo đường: Không Có

Dị dạng: Không Có Tăng huyết áp: Không Có

Bệnh di truyền: Không Có Khác (ghi rõ)

IV. Khám bệnh

Tình thần	Mạch lần/phút	Hôn mê	Khác
Phù	Nhiệt độ °C	Có	
Protein niệu	Huyết áp/..... mmHg	Có	 g/l
Sẹo mổ cũ	Nhịp thở lần/ph	Có	Đau vết mổ
Khung chậu	Cân nặng kg	Bất thường	
Chiều cao tử cung	Đình thường	Vòng bụng..... cm	
Ngôi thai	Chiều cao Đình thường	Bất thường	Ghi rõ:.....
Cơ tử cung	Không	Có	Tần số:
Tim thai	Không	Có	Nhịp tim thai:lần/phút
Cổ tử cung	Đóng	Xóa	Mở: cm
Đầu ối	Phồng	Dẹt	Quả lê
	Rỉ	Vỡ	lúc giờ phút
Nước ối	Trong	Xanh bẩn	Lẫn máu

Khác:.....

V. Các xét nghiệm/cận lâm sàng

Kết quả:

Xét nghiệm máu ngoại vi:	Thiếu máu:	Không	Có
Xét nghiệm đông máu:	Đông máu:	Bình thường	Bất thường
Xét nghiệm sinh hóa máu:	Đường máu:	Bình thường	Cao
Xét nghiệm HIV:	HIV:	Âm tính	Dương tính
Xét nghiệm viêm gan B:	Viêm gan B:	Âm tính	Dương tính
Xét nghiệm giang mai:	Giang mai:	Âm tính	Dương tính
Xét nghiệm protein nước tiểu:	Protein niệu:	Âm tính	Dương tính
Siêu âm:	Tình trạng:	Bình thường	Bất thường

Khác, ghi rõ:.....

VI. Chẩn đoán (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

VII. Kế hoạch điều trị (thuốc, chăm sóc):.....

Hướng điều trị tiếp theo:

Tư vấn/giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân: Không Có, ghi rõ:

VIII. Tiên lượng:

Sinh thường Sinh có nguy cơ Chỉ định mổ lấy thai

IX. Lần khám kế tiếp

Hẹn tái khám:.....

Lưu ý:.....

Người khám: Bác sỹ sản phụ khoa Hộ sinh Y sỹ sản nhi Khác.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)