

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU NHẬN ĐỊNH BAN ĐẦU
VÀO VIỆN TẠI KHOA NỘI TRÚ
(Dành cho Điều dưỡng lúc nhập viện/nhập khoa)

MS: PK-07
Mã QR (nếu có)

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... Nam Nữ
Thời gian vào viện:..... Phòng:..... Giường:.....
Chẩn đoán:.....

1. Dị ứng: Chưa ghi nhận Có, ghi rõ:.....

2. Đánh giá đau:

Đau: Không Có: Thang điểm đau:.....điểm
Thời gian bắt đầu đau:..... Vị trí:.....
Sử dụng thuốc giảm đau: Không Có.
Tần suất: Đau từng cơn Đau liên tục Đau khi kích thích Khác

3. Da, niêm mạc:

Màu sắc da: Bình thường Nhợt nhạt Vàng da Đỏ
Màu sắc niêm mạc: Hồng Vàng Nhợt nhạt Khác.....
Nguy cơ loét do tỳ đè: Không Có (Thực hiện đánh giá nguy cơ).

4. Hô hấp: Bình thường Khó thở Khó thở nặng Thở khò khè
Ho: Không Có: Có đờm Không có đờm
Thở oxy: Không Có (lít.../phút)

5. Tim mạch:

Tính chất mạch: Đều Không đều
Tình trạng: Đau ngực Chóng mặt Đau bắp chân Phù ngoại biên

6. Thần kinh:

Định hướng được: Thời gian Không gian Bản thân Khác:
Tình trạng ý thức: A (Tỉnh hoàn toàn) C (NB không tỉnh, ngủ gà, mất phương hướng)
V (Không tỉnh, đáp ứng khi lay gọi) P (Không tỉnh táo, đáp ứng với đau)
U (Hôn mê, không đáp ứng)
Thính giác: Bình thường Khiếm thính Dùng máy trợ thính (Trái/Phải)
(Trái/Phải)
Thị giác: Bình thường Khác:.....
Khả năng ngôn ngữ: Bình thường Bất thường, ghi rõ:

7. Tiêu hóa:

Chế độ ăn kiêng:	Không	Tiểu đường	Ăn nhạt (ít muối)	Khác.....
Tình trạng:	Nôn	Buồn nôn	Nuốt khó (chuyển đến bác sỹ)	
Đại tiện:	1 lần/ngày	2 lần/ngày	Cách ngày	Khác.....
Tính chất phân:	Tiêu chảy	Lỏng	Có hình dạng	Cứng
Dinh dưỡng	Đường miệng	Ống thông	Dinh dưỡng tĩnh mạch	

8. Hệ tiết niệu - sinh dục:

Tiểu tiện:	Bình thường	Tiểu đêm	Thường xuyên	Khó tiểu
	Không tự chủ			
	Ống thông tiểu ngắt quãng (.....lần/ngày)		Bắt đầu từ ngày:/...../.....	
	Ống thông tiểu lưu:	Kích cỡ:.....	Ngày đặt ống gần nhất:...../...../.....	

Ống thông bàng quang qua da: Kích cỡ:.....

Ngày thay ống cuối cùng:...../...../...

Dành cho người bệnh nữ

Kinh nguyệt:	Có	Mãn kinh	Vô kinh
Mang thai:	Không	Hiện đang mang thai:tuần	

9. Nguy cơ té ngã:

Không Có, mức độ nguy cơ:.....

10. Khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày

Ăn, uống:	Độc lập	Cần hỗ trợ	Phụ thuộc hoàn toàn
Đi lại:	Độc lập	Cần hỗ trợ	Nằm liệt giường
Thay đổi tư thế tại giường:	Độc lập	Cần hỗ trợ	
Vệ sinh cá nhân:	Độc lập	Cần hỗ trợ	Phụ thuộc hoàn toàn

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Điều dưỡng thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)