

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: ..... <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

##### 2.1. Tiền sử bản thân

**Dị ứng:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc:  Không  Có, biểu hiện: .....

Hóa chất/mỹ phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Thực phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Khác: .....

**Thuốc đang dùng:**  Không  Có: loại thuốc: .....

**Tiền sử bệnh:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh hô hấp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh tiêu hóa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh nội tiết:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thần kinh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thận-tiết niệu:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh cơ-xương-khớp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Ung thư:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**Tiền sử phẫu thuật:**  Không  Có, ghi rõ: .....

**Yếu tố nguy cơ:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc lào:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia:  Không  Có:  Thường xuyên  Thỉnh thoảng  Rất ít

Chất gây nghiện:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác: .....

**2.2. Tiền sử gia đình:**  Không  Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) .....

Tên bệnh: .....

**3. Yếu tố dịch tễ:**  Không  Có: .....

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh: ..... Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống: .....

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương) .....

### III. KHÁM BỆNH

#### 1. Toàn thân

Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tình, tiếp xúc tốt:  Không  Có  
Ngủ gà:  Không  Có  
Lơ mơ:  Không  Có  
Hôn mê:  Không  Có: Glasgow .....điểm  
Da, niêm mạc:  Hồng  Vàng  Xanh xao  
Khác.....  
Kết mạc mắt:  Bình thường  Đỏ  Vàng  
Khác.....  
Lưỡi:  Bình thường  
 Bản  Gai lưỡi mòn/mắt  
Khác.....  
Lông, tóc, móng:  Bình thường  
 Rụng tóc  Móng giòn dễ gãy  
Khác.....  
Tuyến giáp:  Bình thường  To  Tiếng thổi  
Hạch sờ được:  Không  Có:  
Vị trí:  Cổ  Nách  Bẹn  
Khác.....  
Số lượng:  Một  Nhiều hạch  
Đường kính (hạch lớn nhất): ..... mm  
Di động:  Không  Có  
Đau:  Không  Có

Mạch.....lần/ph	Cân nặng.....kg
Nhiệt độ..... <sup>o</sup> C	Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg	SpO <sub>2</sub> .....%
Nhịp thở.....lần/ph	BMI.....

Xuất huyết  Không  Có:  
dưới da:  Chấm, nốt xuất huyết  
 Mảng bầm da  Tụ máu  
Khác.....  
Xuất huyết  Không  Có:  
niêm mạc:  Mắt  Mũi  
 Miệng  Tiểu máu  
 Rối loạn kinh nguyệt  
Khác.....  
Phù:  Không  Có:  
Vị trí phù:  Chi dưới  Chi trên  
 Mặt  Áo khoác  
 Toàn thân  
Khác.....  
Tính chất:  Mềm  Cứng

Khác.....

#### 2. Các cơ quan

##### 2.1. Tuần hoàn:

Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau ngực:  Không  Có:  Điển hình  Không điển hình  
Hồi hộp đánh trống ngực:  Không  Có  
Nhịp nhanh:  Không  Có  
Nhịp chậm:  Không  Có: Loạn nhịp:  Không  Có  
Mỏm tim đập lệch  Không  Có: Diện đập của tim rộng hơn:  Không  Có  
Tiếng tim mờ:  Không  Có:  T1 đánh ở mỏm  T2 mạnh tách đôi  
Thổi tâm thu:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....;  Rung miu)  
Thổi tâm trương:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....;  Rung miu)  
Rung tâm trương:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....)  
Thổi liên tục:  Không  Có: (Vị trí:.....)  
Tiếng thổi động mạch:  Không  Có: (Vị trí:.....)

Khác.....

##### 2.2. Hô hấp:

Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Khó thở:  Không  Có  
Biến dạng lồng ngực:  Không  Có  
Gõ:  Bình thường  Đục  Vang: vị trí.....  
Rì rào phế nang:  Bình thường  Giảm: vị trí.....

Rung thanh:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
Rale:  Không  Có:  Rale âm  Rale nổ  Rale rít  Rale ngáy  
Khác.....

**2.3. Tiêu hóa:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
Đau bụng:  Không  Có: vị trí:.....  
Buồn nôn:  Không  Có  
Nôn:  Không  Có:  Máu tươi  Máu thâm  
Đại tiện phân có máu:  Không  Có:  Máu tươi  Máu thâm  Phân đen  
Tiêu chảy:  Không  Có: số lần:.....  
Chướng bụng  Không  Có  
Phản ứng thành bụng:  Không  Có  
Lách:  Bình thường  Độ..... (1,2,3,4)  
Gan:  Bình thường  To (.....cm dưới bờ sườn)  Cổ trướng  
 Tuần hoàn bàng hệ  
Khác.....

**2.4. Thận – tiết niệu:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
Màu sắc nước tiểu:  Bình thường  Bất thường Màu sắc: ..... Thể tích:.....ml/24h  
Tiểu buốt:  Không  Có  
Tiểu rắt:  Không  Có  
Cầu bàng quang:  Không  Có  
Đau điểm niệu quản:  Không  Có, vị trí: .....  
Rung thận (+):  Không  Có  
Khác.....

**2.5. Thần kinh:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
Cổ cứng:  Không  Có  
Dấu hiệu màng não:  Không  Có  
Cơ lực:  Bình thường  Giảm: vị trí.....  
Trương lực cơ:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
Phản xạ gân xương:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
Liệt ½ người phải:  Không  Có Liệt ½ người trái:  Không  Có  
Liệt 2 chi dưới:  Không  Có Liệt tứ chi:  Không  Có  
Khác.....

**2.6. Cơ – xương – khớp:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
Đau cơ:  Không  Có: vị trí ..... Đau khớp:  Không  Có: vị trí .....  
Sưng đỏ khớp:  Không  Có: vị trí ..... Đau cột sống:  Không  Có: vị trí .....  
Hạn chế vận động khớp:  Không  Có: vị trí .....  
Teo cơ:  Không  Có: vị trí ..... Hạt Tophi:  Không  Có: vị trí .....  
Dấu cứng khớp buổi sáng:  Không  Có  
Khác.....

**2.7. Tai – mũi – họng:**  
Tai:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Mũi:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Họng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Thanh quản:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Khác.....

**2.8. Răng – hàm – mặt:**  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Khác.....

2.9. Mắt:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Khác.....

**2.10. Nội tiết - Dinh dưỡng:**

Nội tiết:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Ăn uống:  Bình thường  Kém  Không ăn uống được

Khác.....

2.11. Bệnh lý khác: .....

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

**4. Tóm tắt bệnh án:**

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....

2. Chẩn đoán phân biệt.....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

**V. TIÊN LƯỢNG**

Tiên lượng gần: .....

Tiên lượng xa: .....

**VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

Hướng điều trị tiếp theo: .....

Chế độ chăm sóc:  Cấp I  Cấp II  Cấp III

Chế độ dinh dưỡng:  Nuôi ăn đường miệng  Nuôi qua ống thông  Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng:  Không  Có, ghi rõ:.....

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**

(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: ..... <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....  
.....

#### 2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

##### 2.1. Tiền sử bản thân

**Dị ứng:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc:  Không  Có, biểu hiện: .....

Hóa chất/mỹ phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Thực phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Khác: .....

**Thuốc đang dùng:**  Không  Có: loại thuốc: .....

**Tiền sử bệnh:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh hô hấp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh tiêu hóa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh nội tiết:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thần kinh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thận-tiết niệu:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh cơ-xương-khớp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Ung thư:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**Tiền sử phẫu thuật:**  Không  Có (ghi rõ số lượng, vị trí, thời gian, cơ sở y tế):

1. ....

2. ....

3. ....

**Yếu tố nguy cơ:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc lào:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia:  Không  Có:  Thường xuyên  Thỉnh thoảng  Rất ít

Chất gây nghiện:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác: .....

2.2. Tiền sử gia đình:  Không  Có, nếu có:

Tên bệnh

Người mắc (ghi rõ: ông, bà, bố, mẹ...)

Tên bệnh

Người mắc (ghi rõ : ông, bà, bố, mẹ...)

- Bệnh tim mạch: .....
- Tăng huyết áp: .....
- Tâm thần: .....
- Bệnh Gout: .....
- Bệnh hệ thống: .....
- Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ): .....
- Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ): .....
- Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ): .....

- Hen suyễn: .....
- Đái tháo đường: .....
- Động kinh: .....
- Bệnh liên quan đến chuyển hóa: .....
- .....
- .....
- .....

### III. KHÁM LÂM SÀNG

#### 1. Toàn thân:

- Chưa phát hiện bất thường  
 Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

- Tỉnh, tiếp xúc tốt:  Không  Có
- Tỉnh, tiếp xúc chậm:  Không  Có
- Ngủ gà:  Không  Có
- Lơ mơ:  Không  Có
- Hôn mê:  Không  Có
- Da:  Bình thường  Vàng  Sạm
- Niêm mạc:  Hồng  Nhợt
- Môi khô, lưỡi bẩn:  Không  Có
- Tuyến giáp:  Bình thường  To
- Hạch ngoại vi:  Không sờ thấy  To, mềm  To, cứng chắc
- Phù:  Không  Có - vị trí, mức độ, tính chất:.....
- Xuất huyết dưới da:  Không  Có
- Khác: .....

Mạch.....lần/phút  
Nhiệt độ.....<sup>o</sup>C  
Huyết áp...../.....mmHg  
Nhịp thở.....lần/phút  
Cân nặng.....kg  
Chiều cao.....cm  
SpO<sub>2</sub>.....%  
BMI.....

#### 2. Các cơ quan

##### 2.1. Tuần hoàn và hô hấp:

- Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

- Hình dáng lồng ngực: .....
- Cân đối:  Không  Có
- Co rút:  Không  Có
- Bầm tím, xây xước:  Không  Có
- Hô hấp đảo chiều:  Không  Có
- Màng sườn di động:  Không  Có
- Thở gắng sức:  Không  Có
- Vết thương thành ngực:  Không  Có  
Mô tả chi tiết: .....
- Khác: .....
- Tràn khí dưới da:  Không  Có
- Rung miu:  Không  Có
- Tiếng tim:  Rõ  Mờ
- Tiếng tim đều:  Không  Có
- Tiếng tim bất thường:  Không  Có
- Rì rào phế nang:  Không  Có
- Mô tả chi tiết: .....
- .....
- Rale:  Không  Có
- Mô tả chi tiết:.....

**2.2. Tiêu hoá:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bụng chướng:  Không  Có Phản ứng thành bụng:  Không  Có

Sợ mổ cũ:  Không  Có Co cứng thành bụng:  Không  Có

Vị trí và kích thước.....  
.....  
Điểm đau:  Không  Có

Tuần hoàn bàng hệ:  Không  Có Gan to:  Không  Có

Quai ruột nổi:  Không  Có Túi mật to:  Không  Có

Dấu hiệu rắn bò:  Không  Có Dấu hiệu Murphy:  Không  Có

Vết bầm tím, xây xát thành bụng:  Không  Có Lách to:  Không  Có

Vết thương thành bụng:  Không  Có Khối u:  Không  Có

Bụng mềm:  Không  Có Vị trí và kích thước: .....  
.....

Cảm ứng phúc mạc:  Không  Có Thoát vị:  Không  Có

Vị trí:.....  
.....

Thăm trực tràng

Phân:  Bình thường  Bất thường, tính chất: .....

Sờ thấy u:  Không  Có, khối u cách rìa hậu môn:..... cm

Túi cùng Douglas:  Không  Có

Cơ thắt hậu môn:  Bình thường  Bất thường

Khác:.....

**2.3. Thận - Tiết niệu**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

**- Sinh dục:**

Thận to:  Không  Có Chạm thận:  Không  Có

Điểm đau niệu quản:  Không  Có Bập bênh thận:  Không  Có

Cầu bàng quang:  Không  Có

Tinh hoàn:  Bình thường  Bất thường, tính chất: .....

Tuyến tiền liệt:  Bình thường  To, mềm  To, chắc

Khác: .....

**2.4. Thần Kinh:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Vết thương vùng đầu:  Không  Có Dấu hiệu màng não:  Không  Có

Vị trí và kích thước.....  
.....  
Ghi rõ: .....

Sưng nề, bầm tím vùng đầu mặt cổ:  Không  Có Rối loạn cảm giác:  Không  Có

Vị trí và kích thước.....  
.....  
Ghi rõ: .....

Biến dạng hàm mặt:  Không  Có Rối loạn giác quan:  Không  Có

Vị trí và kích thước.....  
.....  
Ghi rõ: .....

Dấu hiệu thần kinh khu trú:  Không  Có Rối loạn thăng bằng:  Không  Có

Ghi rõ .....

Dấu hiệu thần kinh thực vật:  Không  Có Rối loạn trí nhớ:  Không  Có

Ghi rõ .....

Dấu hiệu thần kinh ngoại biên:  Không  Có Rối loạn tâm thần:  Không  Có  
 Ghi rõ: .....

Dấu hiệu liệt thần kinh sọ:  Không  Có Động kinh:  Không  Có  
 Ghi rõ: .....

Dấu hiệu liệt vận động:  Không  Có Đột quy:  Không  Có  
 Ghi rõ: .....

Khác: .....

**2.5. Cột sống:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
 Biến dạng cột sống:  Không  Có Rối loạn cảm giác thần kinh tủy sống:  Không  Có

Sưng nề bầm tím vùng cột sống:  Không  Có Phản xạ bất thường:  Không  Có

Điểm đau cột sống:  Không  Có Các nghiệm pháp khám:  Không  Có

Khác: .....

**2.6. Cơ - xương - khớp:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
 Biến dạng xương:  Không  Có Vận động bình thường:  Không  Có  
 Ghi rõ: .....

Vết thương:  Không  Có Cảm giác nông sâu:  Không  Có  
 Ghi rõ: .....

Sưng nề, bầm tím vùng thương tổn:  Không  Có Chiều dài chi so với bình thường:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Mất liên tục, lạo xạo xương:  Không  Có Biên độ khớp so với bình thường:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Mạch ngoại vi:  Bình thường  Bất thường

Khác: .....

**2.7. Răng hàm mặt - Mắt - Tai mũi họng**

**Răng hàm mặt:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Hàm mặt: .....

Sưng nề bầm tím: .....

Biến dạng: .....

Điểm đau chói: .....

Mất liên tục, lạo xạo xương: .....

Vận động: .....

Há miệng: .....

Khớp cắn: .....

Răng: .....

**Mắt:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Nhãn cầu:

Tổn thương:  Không  Có, ghi rõ: .....

Sụp mí:  Không  Có, ghi rõ: .....

Tổn thương lệ đạo:  Không  Có, ghi rõ: .....

**Tai mũi họng:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
Mũi: Vết thương  Không  Có, ghi rõ: .....  
Tai: Vết thương  Không  Có, ghi rõ: .....  
Chảy máu  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**2.8. Bệnh lý khác:**

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

**3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:**  Không  Có, ghi rõ: .....

**4. Tóm tắt bệnh án:**

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

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....   
2. Chẩn đoán phân biệt.....   
3. Chẩn đoán xác định:  
Bệnh chính: .....   
Bệnh kèm theo (nếu có):.....   
Biến chứng (nếu có):.....

**V. TIỀN LƯỢNG**

Tiền lượng gần: .....

Tiền lượng xa: .....

**VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

Hướng điều trị tiếp theo: .....

Chế độ chăm sóc:  Cấp I  Cấp II  Cấp III

Chế độ dinh dưỡng:  Nuôi ăn đường miệng  Nuôi qua ống thông  Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng:  Không  Có, ghi rõ:.....

Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh:  Không  Có.

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

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

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

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

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

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: .....
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: .....
11. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....

### II. HỎI BỆNH

#### 1. Hỏi bệnh chung

Ngày đầu kỳ kinh cuối:..... Ngày dự kiến sinh ...../...../20.....

Khám thai 4 lần trong 3 thời kỳ:  Không  Có

Tiêm phòng uốn ván:  Không  Có Số mũi đã tiêm:.....

Điều trị giang mai trong lần mang thai này:  Không  Có

Điều trị viêm gan B trong lần mang thai này:  Không  Có

Điều trị ARV trong lần mang thai này:  Không  Có

Điều trị Corticoid dự phòng sinh non trong lần mang thai này:  Không  Có: Liều cuối lúc: ..... giờ, ngày...../...../20.....

Mang thai nhờ kỹ thuật:  Thụ tinh trong ống nghiệm

Mang thai hộ vì mục đích nhân đạo

#### 2. Tiền sử

##### 2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng:  Không  Có, biểu hiện: .....

##### Tiền sử bệnh:

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

Tiền sử sản khoa khác, ghi rõ:.....

##### Phụ khoa:

Chu kỳ kinh:  Đều số ngày.....  Không đều

Phẫu thuật phụ khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....

Khối u buồng trứng:  Không  Có

Khối u tử cung:  Không  Có

Dị dạng sinh dục:  Không  Có

Tàng sinh môn:  Không  Có

Sa tạng chậu:  Không  Có

Bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị: .....

##### 2.2. Tiền sử gia đình

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) .....

### III. THÔNG TIN TẠI KHOA KHÁM BỆNH

#### 1. Toàn thân

Tinh thần:  Tỉnh táo  Hôn mê  Khác  
Phù:  Không  Có  
Protein niệu:  Không  Có ..... g/l  
Sẹo mổ cũ:  Không  Có  Đau vết mổ  
Khung chậu:  Bình thường  Bất thường  
Chiều cao tử cung.....cm Vòng bụng ..... cm  
Ngôi thai:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Cơn co tử cung:  Không  Có Tần số: .....  
Tim thai:  Không  Có Nhịp tim.....lần/phút  
Cổ tử cung:  Đóng  Xóa Mở ..... cm  
Đầu ối:  Phồng  Dẹt  Quả lê  
 Rỉ lúc ..... giờ ..... phút  
Nước ối:  Trong  Xanh bản  Lẫn máu

Mạch.....lần/ph  
Nhiệt độ.....<sup>o</sup>C  
Huyết áp...../.....mmHg  
Nhịp thở.....lần/ph  
Cân nặng.....kg  
Chiều cao.....cm  
BMI.....

#### 2. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: Không Có:

Xét nghiệm máu ngoại vi:  Không  Có  
Xét nghiệm đông máu:  Không  Có  
Sinh hóa máu:  Không  Có  
Xét nghiệm các bệnh lây truyền từ mẹ sang con:  Không  Có  
Sàng lọc trước sinh:  Không  Có  
Xét nghiệm nước tiểu:  Không  Có  
Siêu âm:  Không  Có

Khác: .....

#### 3. Chẩn đoán (Tên bệnh, mã ICD kèm theo):

.....  
.....

#### 4. Tiên lượng: Sinh thường Sinh có nguy cơ Chỉ định mổ lấy thai

Khác.....

#### 5. Kế hoạch điều trị:

Hướng điều trị tiếp theo: .....

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

.....  
.....

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

Ngày..... tháng..... năm 20...

**Người khám bệnh**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

#### IV. THÔNG TIN TẠI KHOA ĐẸ

##### 1. Thông tin chung

Thời gian vào khoa đẻ: .....giờ ..... phút, ngày ...../...../20.....

Tuần tuổi thai:.....

Dự kiến đặt tên con (nếu có)
Họ và tên chồng: .....
Nếu là con trai: .....
Nếu là con gái .....

##### 2. Khám sản khoa

###### Khám ngoài

Hình dạng tử cung:.....

Tư thế:.....

.....

.....

Con co tử cung (tần số): .....

.....

Nhịp tim thai:.....

.....

.....

Ngôi thai:.....

.....

Khung chậu ngoài

Bình thường  Hẹp

Méo  Lệch

###### Khám trong

Tầng sinh môn: .....

Cổ tử  Đóng  Xóa

cung:

Mở:.....(cm) Bishop.....

Khối u  Không  Có, ghi rõ:

tiền đạo: .....

Đầu ối:  Phồng  Dẹt  Quả lê

Rỉ  Vỡ

Tự nhiên  Bám ối, lúc.....

Màu sắc  Trong  Xanh bản

nước ối:  Lẫn máu

Ngôi:.....Thế:.....

Kiểu thế: .....

Độ lọt Delle:  -3  -2  -1  0

Đường kính nhô hậu vệ.....cm

3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:  Không  Có:

.....

.....

##### 4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

##### 5. Chẩn đoán (Tên bệnh, Mã ICD kèm theo)

Chẩn đoán khi vào khoa đẻ:.....

Chẩn đoán phân biệt: .....

.....

6. Tiên lượng:  Sinh thường  Sinh có nguy cơ  Chỉ định mổ lấy thai

Khác:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ khám bệnh**

(Ký, ghi rõ họ tên)

## C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

### 1. Tình trạng trẻ sơ sinh

Số con sinh lần này....., trong đó: Số con sinh sống.....

Tử vong thai nhi:  Không  Có, nguyên nhân.....

### 2. Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng của mẹ

Xét nghiệm, CLS

Trước và trong khi mang thai

Khi chuyển dạ

Máu ngoại vi:  Không thiếu máu  Thiếu máu  Không thiếu máu  Thiếu máu

HIV:  Âm tính  Dương tính  Âm tính  Dương tính

Viêm gan B:  Âm tính  Dương tính  Âm tính  Dương tính

Giang mai:  Âm tính  Dương tính  Âm tính  Dương tính

Đường huyết:  Bình thường  Bất thường  Bình thường  Bất thường

Protein niệu:  Âm tính  Dương tính  Âm tính  Dương tính

Sàng lọc trước sinh  Bình thường  Bất thường  Bình thường  Bất thường

Khác (ghi rõ):.....

### 3. Đặc điểm giai đoạn sơ rau

Rau sỏ lúc: .....giờ.....phút

Cân nặng.....(gam)

Kiểu sỏ:  Mặt màng  Mặt múi Thời gian sỏ rau:.....(phút)

Rau bong non

Dây rau cuốn cổ:  Không  Có Chiều dài dây rau:.....(cm)

Kiểm soát tử cung:  Không  Có Lý do:.....

Bóc rau nhân tạo:  Không  Có Lý do:.....

Chảy máu:  Không  Có Số lượng: .....ml.

### 4. Tình hình sản phụ sau sinh:

Toàn trạng: .....

Mạch.....lần/phút Nhiệt độ.....<sup>0</sup>C Huyết áp...../.....mmHg Nhịp thở.....lần/phút

Thời gian chuyển dạ:.....giờ.....phút, ngày...../...../20.....

Thời gian theo dõi tại khoa đẻ:.....giờ.....phút, ngày...../...../20.....

Sinh lúc:.....giờ.....phút, ngày...../...../20.....

Cách thức sinh:  Sinh thường  Sinh mổ  Sinh mổ chủ động  Sinh chỉ huy

Giác hút  Forceps

Tàng sinh môn:  Toàn vẹn  Rách  Cắt

Âm đạo:  Toàn vẹn  Rách  Cắt

Cổ tử cung:  Toàn vẹn  Rách  Cắt

Tai biến sản khoa:  Băng huyết  Tiền sản giật  Sản giật

Vỡ tử cung  Nhiễm trùng  Khác, ghi rõ: .....

Người đỡ đẻ/làm thủ thuật:  BS sản khoa  YS sản nhi  Hộ sinh  Khác

### 5. Tình hình phẫu thuật (nếu có):

Chẩn đoán trước phẫu thuật: .....

Chẩn đoán sau phẫu thuật: .....

Giờ, ngày	Phương pháp phẫu thuật/vô cảm	Phẫu thuật viên	Bác sỹ gây mê

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ điều trị  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG****I. HÀNH CHÍNH**

1. Họ và tên (In hoa): .....
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:    3. Giới tính:  Nam  Nữ
4. Dân tộc: .....   5. Quốc tịch: .....
6. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố..... Xã, phường:.....
- Huyện (Q, Tx):.....    Tỉnh, thành phố:.....
7. Họ và tên bố: ..... Nghề nghiệp: .....
- Họ và tên mẹ: ..... Nghề nghiệp: .....
8. Đối tượng:  BHYT  Thu phí  Miễn  Khác
9. Số thẻ BHYT: .....
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: .....
11. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
Khoa      Giờ      Ngày      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
<input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

**III. CHẨN ĐOÁN****MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)



### III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân:  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tri giác:  Tỉnh  Bứt rứt  Ngủ gà  Li bì  Mê

Da, niêm mạc:  Hồng  Tái  Vàng

Xuất huyết dưới da:  Không  Có, vị trí, đặc điểm: .....

Ban trên da:  Không  Có, vị trí, đặc điểm: .....

Môi:  Hồng  Tái  Tím

Phù:  Không  Có, vị trí, tính chất: .....

Mắt nước:  Không  Có, ghi rõ: .....

Dinh dưỡng:  Bình thường  Suy dinh dưỡng  Béo phì  
 Sụt cân  Bú kém/ăn kém  Bỏ bú/bỏ ăn

Hạch:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Tuyến giáp:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Khác: .....

#### 2. Các cơ quan:

2.1. Tuần hoàn:  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Hồi hộp đánh trống ngực:  Không  Có Nhịp nhanh:  Không  Có

Khó thở:  Không  Có Loạn nhịp:  Không  Có

Nhịp chậm:  Không  Có Nhịp tim bình thường.....chu kỳ/phút

Mỏm tim đập lệch:  Không  Có:  Lệch trái  Lệch phải

Tiếng tim mờ:  Không  Có:  T1 mạnh ở mỏm  T2 mạnh  Tiếng ngựa phi

Thổi tâm thu:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:..... Rung miu)

Rung tâm trương:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:..... Rung miu)

Thổi liên tục  Không  Có: (Vị trí:.....)

Mạch nảy yếu  Nổi vên  Da tái, chi lạnh Refill .....giây

Khác: .....

2.2. Hô hấp:  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Ho:  Không  Có Ho nhiều về đêm và  Không  Có  
gần sáng:

Khò khè:  Không  Có Khò khè tái diễn:  Không  Có

Lồng ngực bình thường:  Không  Có Biến dạng lồng ngực:  Không  Có

Co kéo cơ hô hấp:  Không  Có Thở rên:  Không  Có

Thở nhanh:  Không  Có Khó thở:  Không  Có

Rút lõm ngực:  Không  Có Thở rít:  Không  Có

Chảy nước mũi  Không  Có: Tính chất dịch mũi:.....

Rì rào phế nang:  Bình thường  Giảm - vị trí:.....

Mạch.....lần/phút
Nhiệt độ..... <sup>o</sup> C
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/phút
Cân nặng.....kg
Chiều cao.....cm
SpO <sub>2</sub> .....%
BMI.....

Rung thanh:  Bình thường  Tăng  Giảm - vị trí.....

Rale:  Không  Có:  Rale ẩm  Rale nổ  Rale rít  Rale gáy

Khác: .....

**2.3. Tiêu hoá:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Nôn:  Không  Có:  Nôn tất cả mọi thứ  Nôn vọt

Chất nôn.....

Phân:  Bình thường  Nát  Táo bón  Nhầy  Máu  Phân lỏng, số lần...../ngày

Đau bụng:  Không  Có: Vị trí .....

Bụng:  Mềm  Chướng  Phản ứng thành bụng  Cảm ứng phúc mạc

Gan:  Bình thường  To Dưới bờ sườn .....cm  Cổ chướng

Lách:  Bình thường  To Độ .....(1, 2, 3, 4)  Tuần hoàn bàng hệ

Hậu môn:  Bình thường  Bất thường .....

Khác: .....

**2.4. Thận - Tiết niệu - Sinh dục:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Đi tiểu:  Bình thường  Tiểu buốt  Tiểu rắt  Tiểu ít hơn ngày bình thường

Màu sắc nước tiểu:  Bình thường  Bất thường Màu sắc ..... thể tích.....ml/24h

Hố thận:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Bộ phận sinh dục ngoài:  Bình thường  Bất thường .....

Khác: .....

**2.5. Thần kinh, tâm thần:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Co giật:  Không  Có: số lần.....  Co giật toàn thân

Cục bộ  Tỉnh ngay sau giật  Liên quan sốt cao

Thời gian giật.....phút  Liệt/yếu vận động sau giật, vị trí:.....

Cổ cứng:  Không  Có

Dấu hiệu màng não:  Không  Có

Cơ lực:  Bình thường  Giảm - vị trí.....

Trương lực cơ:  Bình thường  Tăng  Giảm - vị trí.....

Phản xạ gân xương:  Bình thường  Tăng  Giảm - vị trí.....

Thần kinh sọ não:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Liệt ½ người phải:  Không  Có Liệt ½ người trái:  Không  Có

Liệt 2 chi dưới:  Không  Có Liệt tứ chi:  Không  Có

Khác: .....

**2.6. Cơ - Xương - Khớp:**

Cơ:  Bình thường  Đau cơ, vị trí.....

Teo cơ, vị trí.....

Xương:  Bình thường  Đau xương, vị trí.....

Biến dạng xương, vị trí.....

Khớp:  Bình thường  Đau khớp, vị trí.....

Sung đỏ khớp, vị trí.....

Khác: .....

**2.7. Tai - Mũi - Họng, Răng - Hàm - Mặt, Mắt, Dinh dưỡng:**

.....

.....

**2.8. Bệnh lý khác:**

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

**3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:**       Không       Có, ghi rõ:

.....  
.....

**4. Tóm tắt bệnh án:**

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

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán phân biệt.....	<input type="text"/>
3. Chẩn đoán xác định:	
Bệnh chính: .....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo (nếu có):.....	<input type="text"/>
Biến chứng (nếu có):.....	<input type="text"/>

**V. TIỀN LƯỢNG**

Tiền lượng gần: .....

Tiền lượng xa: .....

**VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

Hướng điều trị tiếp theo: .....

Chế độ chăm sóc:       Cấp I       Cấp II       Cấp III

Chế độ dinh dưỡng:       Nuôi ăn đường miệng       Nuôi qua ống thông       Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng:       Không       Có, ghi rõ:.....

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

# BỆNH ÁN SƠ SINH

## A. THÔNG TIN CHUNG

### I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (In hoa): .....
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Giới tính:  Nam  Nữ  Chưa xác định
- Dân tộc: .....
- Quốc tịch: .....
- Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố..... Xã, phường:.....
- Huyện (Q, Tx):.....    Tỉnh, thành phố:.....
- Họ và tên bố: ..... Nghề nghiệp: .....  
Họ và tên mẹ: ..... Nghề nghiệp: .....
- Đối tượng:  BHYT  Thu phí  Miễn  Khác
- Số thẻ BHYT: .....
- Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: .....
- Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

### II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

### II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

### III. CHẨN ĐOÁN

### MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

### IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

### V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB  
(Ký, đóng dấu)

## B. KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### II. HỎI BỆNH

#### 1. Quá trình bệnh lý: (Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử sản khoa và bệnh của mẹ

PARA:

##### Tiền sử sản khoa:

Khám thai định kỳ:  Không  Có, ghi rõ:.....

Phát hiện bất thường khi khám  Không  Có, ghi rõ:.....

thai:

Tiêm phòng:

Uốn ván:  Không  Có, ghi rõ:.....

Viêm gan B:  Không  Có, ghi rõ:.....

Khác:.....  Không  Có, ghi rõ:.....

Tiền sử bệnh của mẹ:  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đái tháo đường:  Không  Có, ghi rõ:.....

Bệnh huyết áp:  Không  Có, ghi rõ:.....

Bệnh lý tuyến giáp:  Không  Có, ghi rõ:.....

Điều trị Corticoid:  Không  Có, ghi rõ:.....

Điều trị MgSO<sub>4</sub>:  Không  Có, ghi rõ:.....

Viêm màng ối:  Không  Có, ghi rõ:.....

Nhiễm trùng tiết niệu:  Không  Có, ghi rõ:.....

Nhiễm liên cầu B:  Không  Có, ghi rõ:.....

Giang mai:  Không  Có, ghi rõ:.....

Nhiễm HIV:  Không  Có, ghi rõ:.....

Viêm gan B:  Không  Có, ghi rõ:.....

Khác: .....

Thuốc dùng khi mang thai:  Không  Có: loại thuốc: .....

#### 3. Tình hình thai và ối trong khi sinh:

Thời gian vỡ ối lúc: ..... giờ Vỡ ối trước sinh:.....giờ

Màu trong  Xanh lơng  Vàng sệt  Mùi hôi  Không rõ  Khác.....

Trường hợp đá thai	Giờ/phút sinh	Cân nặng (gr)	Giới (Nam/nữ)	Bánh rau (số lượng/mặt màng/mặt mũi)	Túi ối (số lượng)	Dây rốn (bình thường/ bất thường)
Thai 1						
Thai 2						
Thai 3						

4. Tiền sử gia đình: .....

.....

### 5. Tình trạng sơ sinh khi ra đời:

Cách thức sinh:  Sinh thường  Sinh mổ  Sinh mổ chủ động  Sinh chỉ huy  
 Giác hút  Forceps

Lý do sinh mổ: .....

Apgar 1 phút ..... 5 phút ..... 10 phút ..... Cân nặng:.....(gr)

Tuổi thai: ..... tuần  Dựa theo kinh cuối cùng  Dựa vào siêu âm thai ở 3 tháng đầu  
 Dựa vào ngày đặt phôi (IVF)  Dựa vào tuổi thai trên lâm sàng

Trẻ được thực hiện da kề da liên tục ngay sau sinh trong:.....giờ

Trẻ bú lần đầu tiên sau:.....phút.

6. Phương pháp hồi sức ngay sau sinh:  Không  Có:

Hút dịch  Đặt nội khí quản  
 Thở Ôxy  Ấn ngực  
 Bóp bóng  Adrenalin

### 7. Trẻ đã được tiêm:

Vitamin K<sub>1</sub>  Có  Không  Không rõ  
Vắc xin viêm gan B:  Có  Không  Không rõ  
Huyết thanh kháng VG B:  Có  Không  Không rõ  
Lao:  Có  Không  Không rõ

### 8. Tình trạng dinh dưỡng sau sinh:

Bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu  Có  Không  Không rõ  
sau sinh:  
Bú mẹ hoàn toàn:  Có  Không  Không rõ  
Bú mẹ và ăn sữa công thức:  Có  Không  Không rõ  
Sữa công thức hoàn toàn:  Có  Không  Không rõ

## III. KHÁM BỆNH

### 1. Toàn thân:

Dị tật bẩm sinh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Cân nặng: ..... gr Chiều dài ..... cm Vòng đầu ..... cm Nhiệt độ.....<sup>0</sup>C

Khác: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 2. Thăm khám:

Màu sắc da:  Hồng  Xanh  Vàng  Tím  Khác

### Hô hấp

Lồng ngực:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Nhịp thở:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Biểu hiện của hô hấp:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Chỉ số Silverman.....điểm

Điểm	Sự di động lồng ngực	Rút lõm cơ liên sườn	Rút lõm hõm ức	Phập phồng cánh mũi	Thở rên
0	Đồng bộ	Không	Không	Không	Không
1	Bụng di động nhiều hơn ngực	Có ít	Có ít	Nhẹ	Nghe bằng ống nghe
2	Di động ngực bụng ngược chiều	Thấy rõ	Thấy rõ	Rõ	Tai thường nghe rõ

**Tim mạch:**

Tần số:.....lần/phút

Tiếng tim:

 Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

Thời gian phục hồi màu sắc da: .....giây

SpO<sub>2</sub>: .....%**Thần kinh:**Ý thức, trương lực cơ,  
vận động tự nhiên: Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....Các phản xạ nguyên thủy  
(Moro/cầm nắm/mút): Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

Đáp ứng với kích thích:

 Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

Đám rối thần kinh tay:

 Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**Đầu:** Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**Mắt:** Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**Tai/Mũi/Họng/Môi:** Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**Cổ:** Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**Bụng** (gan/thận/rốn /khối u): Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....

Phân su trong 24 giờ sau sinh:

 Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**Hậu môn/Bộ phận sinh dục** Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**ngoài:****Nước tiểu:** Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**Cơ xương khớp/Tứ chi/** Bình thường Bất thường, ghi rõ:.....**Khớp háng:****3. Tóm tắt bệnh án:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....

2. Chẩn đoán phân biệt.....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

**V. Tiên lượng:** .....**VI. Hướng điều trị tiếp theo:**

.....

Ngày.....tháng.....năm.....

**Bác sỹ làm bệnh án**

(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

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

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

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

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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: .....
- 10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: .....
- 11. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
<input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

Mục đích khám  Khám bệnh  Khám sàng lọc

### 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)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử:

##### 2.1. Phụ khoa:

Bắt đầu có kinh: .....

Chu kỳ: .....

Số ngày có kinh: .....

Các bệnh phụ khoa đã mắc và điều trị: .....

.....

.....

##### 2.2. Sản khoa:

Số lần có thai: .....

Số lần sảy: .....

Số lần phá thai: .....

Số lần sinh: .....

Cách thức sinh: .....

Số con sống: .....

##### 2.3. Tiền sử Nội, Ngoại khoa (ghi rõ bệnh đã mắc và cách điều trị)

.....

.....

.....

#### 3. Bệnh sử:

.....

.....

.....

## III. KHÁM BỆNH

### 1. Khám toàn thân

Da..... Niêm mạc..... Phù..... Xuất huyết.....

Mạch.....lần/phút Nhiệt độ.....<sup>0</sup>C Huyết áp..... /.....mmHg Nhịp thở.....lần/phút

Tim.....

Phổi.....

Thận.....

Thiếu máu.....

Các bệnh khác.....

### 2. Khám thực thể (khám phụ khoa, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, tử cung, phần phụ, các bất thường khác...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Xét nghiệm máu ngoại vi | <input type="checkbox"/> Xét nghiệm HPV               |
| <input type="checkbox"/> Xét nghiệm đông máu     | <input type="checkbox"/> Xét nghiệm tế bào cổ tử cung |
| <input type="checkbox"/> Xét nghiệm sinh hóa máu | <input type="checkbox"/> Nghiệm pháp VIA/VILI         |
| <input type="checkbox"/> Siêu âm                 | <input type="checkbox"/> Soi cổ tử cung               |
| <input type="checkbox"/> Sinh thiết              |   |

Khác:.....

**4. Tóm tắt bệnh án:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện:.....
2. Chẩn đoán phân biệt.....
3. Chẩn đoán xác định:.....
- Bệnh chính:.....
- Bệnh kèm theo (nếu có):.....
- Biến chứng (nếu có):.....

**V. TIỀN LƯỢNG:** .....

**VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

Hướng điều trị tiếp theo:.....

.....

.....

- Biện pháp tránh thai được cung cấp:  Không  Có:
- |                               |                                     |                                     |  |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DCTC | <input type="checkbox"/> Bao cao su | <input type="checkbox"/> Thuốc viên | <input type="checkbox"/> Thuốc tiêm          |
|                               | <input type="checkbox"/> Thuốc cấy  | <input type="checkbox"/> Triệt sản  | <input type="checkbox"/> Khác, ghi rõ: ..... |
- Chế độ chăm sóc:  Cấp I  Cấp II  Cấp III
- Tư vấn/giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh:  Không  Có:
- .....
- .....

Ngày.....tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

## 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận (có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị):

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

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán

Xét nghiệm HPV:  Bình thường  Bất thường  
Xét nghiệm tế bào cổ tử cung:  Bình thường  Bất thường  
Nghiệm pháp VIA/VILI:  Bình thường  Bất thường  Nghi ngờ ung thư  
Siêu âm .....  
Soi cổ tử cung .....  
Sinh thiết.....  
Khác, ghi rõ .....

4. Phương pháp điều trị:

a. Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....

.....

b. Phẫu thuật, thủ thuật:  Không  Có, ghi rõ phương pháp:

.....

c. Điều trị tiền ung thư cổ tử cung:

Đốt điện/đốt laser/áp lạnh CTC  LEEP cổ tử cung  
 Khoét chóp cổ tử cung  Khác, ghi rõ: .....

d. Kế hoạch hóa gia đình

Tai biến khi thực hiện biện pháp tránh thai

Chảy máu  Nhiễm trùng  Sốt  Đau bụng  Khác, ghi rõ: .....

5. Tình trạng ra viện:

Khỏi  Đỡ  Không thay đổi  Nặng hơn

Tiên lượng nặng xin về  Chưa xác định.

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

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: ..... <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

##### 2.1. Tiền sử bản thân

**Dị ứng:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc:  Không  Có, biểu hiện: .....

Hóa chất/mỹ phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Thực phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Khác: .....

**Thuốc đang dùng:**  Không  Có: loại thuốc: .....

**Tiền sử bệnh:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh hô hấp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh tiêu hóa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh nội tiết:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thần kinh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thận-tiết niệu:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh cơ-xương-khớp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Ung thư:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**Tiền sử phẫu thuật:**  Không  Có, ghi rõ: .....

**Yếu tố nguy cơ:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc Lào:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia:  Không  Có:  Thường xuyên  Thỉnh thoảng  Rất ít

Chất gây nghiện:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác: .....

**2.2. Tiền sử gia đình:**  Không  Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) .....

Tên bệnh: .....

**3. Yếu tố dịch tễ:**  Không  Có: .....

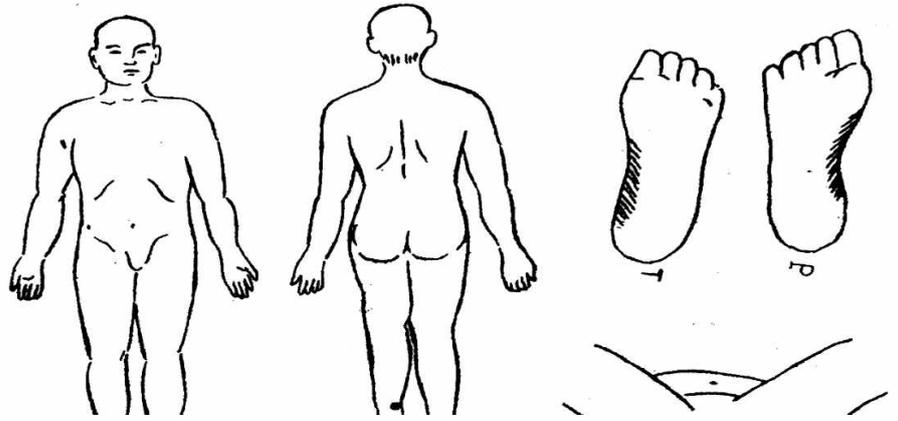
- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh: ..... Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống: .....

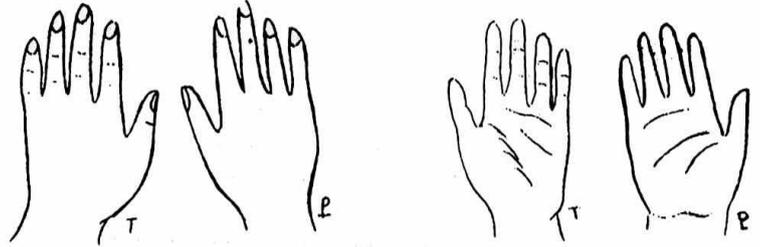


Độ	Ký hiệu	Diện tích
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ký hiệu độ bỏng (Tỷ lệ % hoặc cm<sup>2</sup>)



- Phân độ theo:.....



### 3. Các cơ quan

Tuần hoàn:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Hô hấp:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Tiêu hoá:  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: .....

Nội tiết, dinh dưỡng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Bệnh lý khác: .....

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:  Không  Có, ghi rõ: .....

## 5. Tóm tắt bệnh án:

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

## IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....
2. Chẩn đoán phân biệt.....
3. Chẩn đoán xác định:
- Bệnh chính: .....
- Bệnh kèm theo (nếu có):.....
- Biến chứng (nếu có):.....

## V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần: .....

Tiền lượng xa: .....

## VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo: .....

Chế độ chăm sóc:  Cấp I  Cấp II  Cấp III

Chế độ dinh dưỡng:  Nuôi ăn đường miệng  Nuôi qua ống thông  Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng:  Không  Có, ghi rõ: .....

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

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

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

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

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

.....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

.....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
<input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:
Bệnh chính:..... <input type="text"/>
Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/>
Biến chứng: ..... <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

Triệu chứng xuất hiện đầu tiên (xuất hiện từ khi nào, diễn biến...): .....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử bệnh có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

##### 2.1. Bản thân: (các bệnh cấp tính, mạn tính đã mắc, đang mắc)

**Dị ứng:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc:  Không  Có, biểu hiện: .....

Hóa chất/mỹ phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Thực phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Khác: .....

**Thuốc đang dùng:**  Không  Có: loại thuốc: .....

**Tiền sử bệnh:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Ung thư:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh tim mạch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh hô hấp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh tiêu hóa, viêm gan:  Không  Có, ghi rõ: .....

Nội tiết - thần kinh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Thận - tiết niệu:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh nội khoa khác:  Không  Có, ghi rõ: .....

**Lịch sử điều trị:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Phẫu thuật:  Không  Có, ghi rõ: .....

Hóa trị:  Không  Có, ghi rõ: .....

Điều trị đích:  Không  Có, ghi rõ: .....

Miễn dịch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Xạ trị:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**Yếu tố nguy cơ:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc lào:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia:  Không  Có:  Thường xuyên  thỉnh thoảng  Rất ít

Chất gây nghiện:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác: .....

**Một số đặc điểm đặc biệt khác (chế độ ăn uống, sinh hoạt, điều trị...)**.....

**2.2. Gia đình:** (ghi rõ quan hệ huyết thống, mắc các bệnh có liên quan).

Ung thư:  Không  Có U lành:  Không  Có

(Nếu có mô tả rõ quan hệ huyết thống, loại ung thư, tuổi khi mắc bệnh, tình trạng hiện tại).....

**III. KHÁM BỆNH**

**1. Toàn thân:**

Tinh thần:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Toàn trạng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Da – niêm mạc:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Hạch ngoại biên:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Tình trạng dinh dưỡng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Khác: .....

Mạch .....	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp .....	/..... mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Chiều cao.....	cm
Cân nặng .....	kg
SpO <sub>2</sub> .....	%
BMI.....	

**2. Bộ phận tổn thương:**

Hình vẽ hoặc ảnh	Mô tả tổn thương
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....
	.....

**3. Các cơ quan**

**3.1. Thần kinh:**

Rối loạn tri giác:  Không  Có Glasgow.....điểm

Rối loạn vận động:  Không  Yếu  Liệt khu trú  Khác:.....

Rối loạn cảm giác vùng:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khám các dây thần kinh sọ:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Phản xạ gân xương:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Khác: .....

**3.2. Tuần hoàn:**

Nhịp tim:  Đều  Không đều: ..... chu kỳ/phút

Tiếng thổi bất thường:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**3.3. Hô hấp:**

Hình dáng lồng ngực:  Cân đối  Không cân đối

Rì rào phế nang 2 bên:  Rõ  Không rõ

Tiếng thổi bất thường:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác:.....

**3.4. Tiêu hoá:**

Bụng chướng:  Không  Có Đầy đau:  Không  Có  
Sợ mỡ cũ:  Không  Có Gan to:  Không  Có  
Sờ phát hiện khối bất thường:  Không  Có Lách to:  Không  Có  
Khác: .....

**3.5. Cơ – Xương - Khớp:**

Vận động chi:  Bình thường  Bất thường, vị trí: .....  
Sờ phát hiện khối bất thường:  Không  Có, ghi rõ: .....  
Khác: .....

**3.6. Tiết niệu:**

Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Khác: .....

**3.7. Sinh dục:**

Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Khác: .....

**3.8. Bệnh lý khác:** .....

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

**4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:**  Không  Có, ghi rõ:

.....  
.....

**5. Tóm tắt bệnh án:**

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

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....T.....N.....M.....Giai đoạn.....   
2. Chẩn đoán phân biệt.....   
3. Chẩn đoán xác định:  
    Bệnh chính: .....   
    Bệnh kèm theo (nếu có):.....   
    Biến chứng (nếu có):.....

**V. TIỀN LƯỢNG**

Tiền lượng gần: .....  
Tiền lượng xa: .....

**VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

1. Lập kế hoạch điều trị  
Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: .....  
.....  
.....

Dự kiến phương pháp điều trị:

Phẫu thuật:  Không  Có, ghi rõ: .....

Hóa trị:  Không  Có, ghi rõ: .....

Điều trị đích:  Không  Có, ghi rõ: .....

Miễn dịch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Xạ trị:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

Dự kiến phác đồ điều trị: .....

2. Chế độ chăm sóc:  Cấp I  Cấp II  Cấp III

3. Chế độ dinh dưỡng:  Nuôi ăn đường miệng  Nuôi qua ống thông  Nuôi ăn tĩnh mạch

4. Giải thích, tư vấn cho người bệnh/thân nhân:  Không  Có, ghi rõ:

5. Ý kiến người bệnh và gia đình:

Người bệnh và thân nhân của người bệnh xác nhận đã được nghe bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, phương án chẩn đoán và xử trí cũng như dự kiến tiên lượng.

Người bệnh/thân nhân của người bệnh đồng ý với phương án điều trị.

Khác:.....

Người bệnh/thân nhân của người bệnh (*Ký, ghi rõ họ tên*):.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sĩ làm bệnh án**

(*Ký, ghi rõ họ tên*)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: ..... <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE:.....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### II. BỆNH SỬ

1. Thời gian bắt đầu khởi bệnh, yếu tố khởi phát, lý do, hoàn cảnh diễn biến:

.....  
.....

2. Các triệu chứng biểu hiện, đáp ứng bệnh nhân, người xung quanh quan sát, tác động:

.....  
.....

3. Đã khám và điều trị (Chẩn đoán gì, điều trị như thế nào, kết quả?):

.....  
.....

4. Diễn biến bệnh:

.....  
.....

5. Hiện tại:

.....  
.....

### III. TIỀN SỬ

#### 1. Bản thân:

Tiền sử sản nhi: phát triển, nhân cách,.....

Bệnh lý não/cơ thể:.....

Bệnh lý tâm thần (stress, sử dụng chất..):.....

Liên quan pháp luật:.....

.....  
.....

#### 2. Gia đình:

Bệnh lý não/cơ thể mạn tính:.....

Bệnh lý tâm thần mạn tính:.....

Xã hội: gia đình, môi trường,.....

.....  
.....

### IV. KHÁM BỆNH

1. Tiếp xúc  Tốt  Hạn chế

Khác:.....

#### 2. Nhận thức

Năng lực định hướng:

Không gian:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Thời gian:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Xung quanh:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Bản thân:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

**Chú ý:**

- Tập trung chú ý:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Duy trì chú ý:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Phân tán chú ý:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Phân tán chú ý:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Nghiệm pháp “100-7”:  
 Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

**Trí nhớ:**

- Trí nhớ tức thì:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Trí nhớ gần:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Trí nhớ xa:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Quên thuận chiều:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Quên ngược chiều:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Nhớ giả:  Không  Có
- Bịa chuyện:  Không  Có

**Ngôn ngữ:**

- Tiếp nhận ngôn ngữ:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Gọi tên, tìm từ:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Kết cấu ngữ pháp:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Tốc độ, trôi chảy:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Vong ngôn:  Không  Có, ghi rõ:.....

**Chức năng cảm nhận – vận động:**

- Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

**Chức năng điều hành:**

- Lên kế hoạch:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Phán đoán:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Ra quyết định:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Giải quyết vấn đề:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Hiệu suất công việc, học tập:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

**Nhận thức xã hội:**

- Nhận diện cảm xúc:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Hiểu tình huống hiện tại:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Khả năng mô tả tình trạng cơ thể và tâm lý cá nhân:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

**3. Cảm xúc**

- Buồn chán  Vui vẻ  Sợ hãi  Tức giận
- Ngạc nhiên  Ghê tởm  Trầm cảm  Hưng cảm
- Hồn hợ  Ghê tởm  Trầm cảm  Hưng cảm

**4. Hành vi**

**Duy trì công việc, học tập:**

- Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

**Giao tiếp xã hội:**

- Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

- Chăm sóc gia đình:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Chăm sóc bản thân:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Bất thường:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Hành vi nghiện:  Không  Có, ghi rõ:.....

### 5. Stress

- Nhân cách: Các nét nhân cách .....
- Sang chấn tâm lý:  Không  Cá nhân  Gia đình  Cộng đồng
- Ghi rõ:.....

Biểu hiện liên quan stress:

- Lo âu:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....
- Không  Có, ghi rõ:.....
- Ám ảnh:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Không  Có, ghi rõ:.....
- Phân ly:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Không  Có, ghi rõ:.....
- Cơ thể hóa:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Không  Có, ghi rõ:.....
- Khác: .....

### 6. Loạn thần

- Thông nhất các mặt hoạt động tâm thần:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Hoang tưởng:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Ảo giác:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Ngôn ngữ không tổ chức:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Không  Có, ghi rõ:.....
- Hành vi không tổ chức:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Không  Có, ghi rõ:.....
- Căng trương lực:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Không  Có, ghi rõ:.....

### 7. Ăn uống

- Thay đổi về ăn uống so với trước:
- Lượng thức ăn thay đổi trong từng bữa:  Bình thường  Thay đổi, ghi rõ:.....
- Thay đổi về khẩu vị trong bữa ăn:  Bình thường  Thay đổi, ghi rõ:.....
- Thay đổi về cảm giác ngon miệng:  Bình thường  Thay đổi, ghi rõ:.....
- Cảm giác của cơ thể khi ăn:  Bình thường  Thay đổi, ghi rõ:.....
- Từ chối ăn:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Chán ăn:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Ăn vô độ:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Cuồng ăn:  Không  Có, ghi rõ:.....
- Ăn bậy:  Không  Có, ghi rõ:.....

### 8. Giấc ngủ

- Vấn đề giấc ngủ  Không  Có:
- Khó vào giấc  Thức giấc sớm
- Ngủ không sâu  Ngủ nhiều

Chu kỳ ngủ:  Không  Có, ghi rõ:.....

Các bất thường khi ngủ:  Không  Có:

Ngủ mơ  Ác mộng  Hoảng sợ khi ngủ

Miên hành  Ngủ ngáy  Ngừng thở khi ngủ

Co giật khi ngủ  Hội chứng chân không yên

Khác .....

### 9. Tình dục

Thời kỳ hoạt động tình dục:  Trẻ em  Thanh thiếu niên  Trung niên  Người cao tuổi

Các giai đoạn chu kỳ hoạt động chức năng tình dục:

Ham muốn:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Kích thích:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Ổn định:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Cực khoái:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Thoái trào:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Các bất thường  Giảm ham muốn - ghét sự tình dục

Xuất tinh sớm  Đau khi giao hợp

Rối loạn cương dương  Co thắt âm đạo

Khác.....

Ưu chuộng tình dục:  Bình thường  Khổ dâm  Bạo dâm

Khác.....

Nam  Nữ  Đồng tính nam  Đồng tính nữ

Vấn đề phân định giới tính:  Song tính  Vô tính

Khác.....

### 10. Bản năng sống

Lựa chọn hành vi mạo hiểm:  Không  Có, ghi rõ:.....

Tự gây thương tích:  Không  Có, ghi rõ:.....

Kế hoạch tự sát:  Không  Có, ghi rõ:.....

Toan tự sát:  Không  Có, ghi rõ:.....

Tự sát:  Không  Có, ghi rõ:.....

### 11. Sử dụng chất

Yên dậu, gây ngủ:  Không  Có, ghi rõ:.....

Mức độ:  Sử dụng  Lạm dụng  Nghiện  Trạng thái cai

Kích thần:  Không  Có, ghi rõ:.....

Mức độ:  Sử dụng  Lạm dụng  Nghiện  Trạng thái cai

Kích thần gây ảo giác:  Không  Có, ghi rõ:.....

Mức độ:  Sử dụng  Lạm dụng  Nghiện  Trạng thái cai

Gây ảo giác:  Không  Có, ghi rõ:.....

Mức độ:  Sử dụng  Lạm dụng  Nghiện  Trạng thái cai

Yên dịu gây ảo giác:  Không  Có, ghi rõ:.....  
Mức độ:  Sử dụng  Lạm dụng  Nghiện  Trạng thái cai  
 Không  Có, ghi rõ:.....

Khác:.....

## V. ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE THỂ CHẤT

### 1. Đánh giá toàn trạng:

Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Mạch.....lần/ph  
Nhiệt độ.....<sup>o</sup>C  
Huyết áp...../.....mmHg  
Nhịp thở.....lần/ph

### 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:.....

## VI. ĐÁNH GIÁ SỨC KHỎE XÃ HỘI (Gia đình; Cộng đồng; Môi trường học tập/ làm việc; Yếu tố dịch tễ; Khác)

## VII. ĐÁNH GIÁ CẬN LÂM SÀNG

1. Đánh giá sinh hóa phân tử:.....

2. Đánh giá hình ảnh/ chức năng: .....

3. Đánh giá tâm lý xã hội (nhận thức; hành vi; loạn thần; cảm xúc; stress; tình dục; giấc ngủ; ăn uống; sử dụng chất; bản năng sống): .....



## C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

### 1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....  
.....

### 2. Các xét nghiệm, cận lâm sàng (có giá trị cho chẩn đoán và điều trị):

.....  
.....

### 3. Phương pháp điều trị:

.....  
.....

### 4. Điều trị sinh hóa

Tên thuốc	Liều tối đa	Thời gian sử dụng	Ghi chú

### 5. Điều trị gen – tế bào gốc:

.....  
.....

### 6. Can thiệp và điều biến não:

Phương pháp	Số buổi
TMS TDCS Sốc điện Phương pháp khác, Ghi rõ: .....	

### 7. Trị liệu tâm lý – xã hội:

Phương pháp	Số buổi
Liệu pháp thư giãn Liệu pháp kích hoạt hành vi Hoạt động trị liệu Liệu pháp nhận thức – hành vi Liệu pháp tâm lý khác, ghi rõ:.....	

### 8. Phương pháp điều trị khác:

.....

9. Tình trạng ra viện:  Khỏi       Đỡ       Không thay đổi       Nặng hơn  
 Tử vong       Tiên lượng nặng xin về       Chưa xác định.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký và ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

##### 2.1. Tiền sử bản thân

**Dị ứng:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc:  Không  Có, biểu hiện: .....

Hóa chất/mỹ phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Thực phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Khác: .....

**Thuốc đang dùng:**  Không  Có: loại thuốc: .....

**Tiền sử bệnh:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh hô hấp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh tiêu hóa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh nội tiết:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thần kinh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thận-tiết niệu:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh cơ-xương-khớp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Ung thư:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**Tiền sử phẫu thuật:**  Không  Có, ghi rõ: .....

**Yếu tố nguy cơ:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc Lào:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia:  Không  Có:  Thường xuyên  Thỉnh thoảng  Rất ít

Chất gây nghiện:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác: .....

**2.2. Tiền sử gia đình:**  Không  Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) .....

Tên bệnh: .....

**3. Yếu tố dịch tễ:**  Không  Có: .....

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh: ..... Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống: .....

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương) .....

### III. KHÁM BỆNH

**1. Toàn thân:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tỉnh, tiếp xúc tốt:  Không  Có

Ngủ gà:  Không  Có

Lơ mơ:  Không  Có

Hôn mê:  Không  Có: Glasgow .....điểm

Da, niêm mạc:  Hồng  Vàng  Xanh xao  
Khác.....

Kết mạc mắt:  Bình thường  Đỏ  Vàng  
Khác.....

Lưỡi:  Bình thường  
 Bản  Gai lưỡi mòn/mát  
Khác.....

Lông, tóc, móng:  Bình thường  
 Rụng tóc  Móng giòn dễ gãy  
Khác.....

Tuyến giáp:  Bình thường  To  Tiếng thổi

Hạch sờ được:  Không  Có:

Vị trí:  Cổ  Nách  Bẹn

Khác.....

Số lượng:  Một  Nhiều hạch

Đường kính (hạch lớn nhất): ..... mm

Di động:  Không  Có

Đau:  Không  Có

Khác: .....

**2. Thương tổn cơ bản:** (sơ phát, thứ phát, tính chất, loại phân bố, kích thước, hình dáng, màu sắc...)

**Thương tổn da:**  Không  Có, ghi rõ:

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

**Thương tổn niêm mạc:**  Không  Có, ghi rõ:

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

Mạch.....lần/ph	Cân nặng.....kg
Nhiệt độ..... <sup>o</sup> C	Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg	SpO <sub>2</sub> .....%
Nhịp thở.....lần/ph	BMI.....

Xuất huyết  Không  Có:  
dưới da:  Chấm, nốt xuất huyết  
 Mảng bầm da  Tụ máu  
Khác.....

Xuất huyết  Không  Có:  
niêm mạc:  Mắt  Mũi  
 Miệng  Tiểu máu  
 Rối loạn kinh nguyệt  
Khác.....

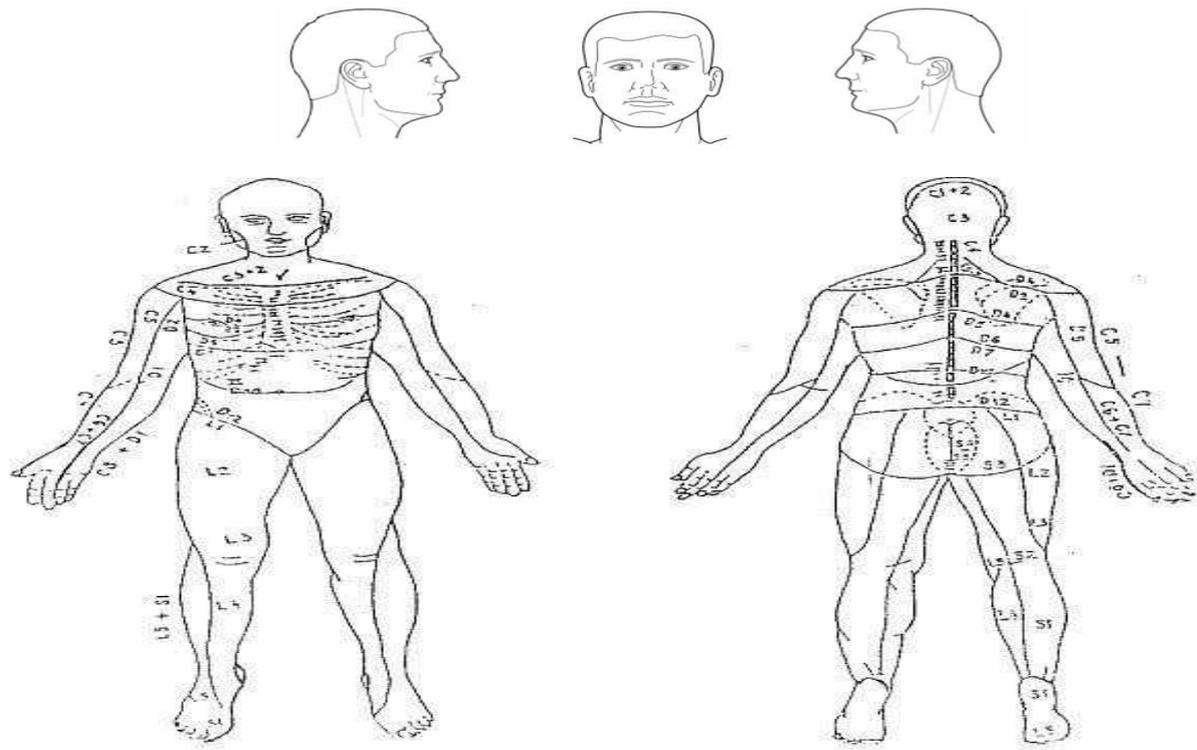
Phù:  Không  Có:  
Vị trí phù:  Chi dưới  Chi trên  
 Mặt  Áo khoác  
 Toàn thân  
Khác.....

Tính chất:  Mềm  Cứng

**Thương tổn tóc/lông:**  Không  Có:  
 Rụng tóc  Rụng cả lông và tóc Khác: .....  
**Vị trí:**  Vùng đỉnh  Vùng trán  Vùng thái dương  
 Vùng cằm Khác: .....  
**Đặc điểm:**  Sẹo  Không sẹo  
**Kiểu hình:**  Kiểu hói nam  Kiểu hói nữ  Kiểu rụng thưa

**Thương tổn móng:** Khác: .....  
 Không  Có:  
**Đặc điểm tổn thương:**  Rỗ móng  Dày sừng dưới móng  Mụn móng  
 Tách móng  Móng màu vàng  Khía chữ V  
 Rãnh dọc móng Khác: .....  
**Vị trí tổn thương:**  Móng tay.....  Móng chân.....

**Triệu chứng cơ năng:**  Không  Có:  
 Ngứa  Đau  Rát  Mất cảm giác  
 Khác: .....



**3. Các cơ quan:**

**3.1. Tuần hoàn:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
**Đau ngực:**  Không  Có:  Điển hình  Không điển hình  
**Hồi hộp đánh trống ngực:**  Không  Có **Nhịp nhanh:**  Không  Có  
**Nhịp chậm:**  Không  Có **Loạn nhịp:**  Không  Có  
**Mỏm tim đập lệch**  Không  Có **Diện đập của tim rộng hơn:**  Không  Có  
**Tiếng tim mờ:**  Không  Có  T1 đánh ở mỏm  T2 mạnh tách đôi  
**Thổi tâm thu:**  Không  Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....;  Rung miu)  
**Thổi tâm trương:**  Không  Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....;  Rung miu)  
**Rung tâm trương:**  Không  Có (Vị trí:.....; Mức độ:.....)  
**Thổi liên tục:**  Không  Có (Vị trí:.....)  
**Tiếng thổi động mạch:**  Không  Có (Vị trí:.....)  
 Khác: .....

**3.2. Hô hấp:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
 Khó thở:  Không  Có  
 Biến dạng lồng ngực:  Không  Có  
 Gõ:  Bình thường  Đục  Vang: vị trí.....  
 Rì rào phế nang:  Bình thường  Giảm: vị trí.....  
 Rung thanh:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
 Rale:  Không  Có:  Rale ẩm  Rale nổ  Rale rít  Rale ngứa  
 Khác.....

**3.3. Tiêu hóa:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
 Đau bụng:  Không  Có: vị trí.....  
 Buồn nôn:  Không  Có  
 Nôn:  Không  Có:  Máu tươi  Máu thâm  
 Đại tiện phân có máu:  Không  Có:  Máu tươi  Máu thâm  Phân đen  
 Tiêu chảy:  Không  Có: số lần:.....  
 Chướng bụng  Không  Có  
 Phản ứng thành bụng:  Không  Có  
 Lách:  Bình thường  Độ..... (1,2,3,4)  
 Gan:  Bình thường  To (.....cm dưới bờ sườn)  Cở trương  
 Tuần hoàn bàng hệ  
 Khác.....

**3.4. Thận – tiết niệu:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
 Màu sắc nước tiểu:  Bình thường  Bất thường Màu sắc: ..... Thể tích:.....ml/24h  
 Tiểu buốt:  Không  Có  
 Tiểu rắt:  Không  Có  
 Cầu bàng quang:  Không  Có  
 Đau điểm niệu quản:  Không  Có, vị trí: .....  
 Rung thận (+):  Không  Có  
 Khác.....

**3.5. Thần kinh:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
 Cở cứng:  Không  Có  
 Dấu hiệu màng não:  Không  Có  
 Cơ lực:  Bình thường  Giảm: vị trí.....  
 Trương lực cơ:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
 Phản xạ gân xương:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
 Liệt ½ người phải:  Không  Có Liệt ½ người trái:  Không  Có  
 Liệt 2 chi dưới:  Không  Có Liệt tứ chi:  Không  Có  
 Khác.....

**3.6. Cơ – xương – khớp:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
 Đau cơ:  Không  Có: vị trí ..... Đau khớp:  Không  Có: vị trí .....  
 Sưng đỏ khớp:  Không  Có: vị trí ..... Đau cột sống:  Không  Có: vị trí .....  
 Hạn chế vận động khớp:  Không  Có: vị trí .....  
 Teo cơ:  Không  Có: vị trí ..... Hạt Tophi:  Không  Có: vị trí .....  
 Dấu cứng khớp buổi sáng:  Không  Có  
 Khác.....

**3.7. Tai – mũi – họng:**

Tai:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Mũi:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Họng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Thanh quản:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Khác.....

**3.8. Răng – hàm – mặt:**  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....  
Khác.....

**3.9. Mắt:**  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Khác.....

**3.10. Nội tiết - Dinh dưỡng:**

Nội tiết:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....  
Ăn uống:  Bình thường  Kém  Không ăn uống được  
Khác.....

**3.11. Bệnh lý khác:** .....

**4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:**  Không  Có, ghi rõ: .....

**5. Tóm tắt bệnh án:**  
.....  
.....  
.....  
.....

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....   
2. Chẩn đoán phân biệt.....   
3. Chẩn đoán xác định:  
    Bệnh chính: .....   
    Bệnh kèm theo (nếu có):.....   
    Biến chứng (nếu có):.....

**V. TIỀN LƯỢNG**

Tiền lượng gần: .....  
Tiền lượng xa: .....

**VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

Hướng điều trị tiếp theo: .....  
Chế độ chăm sóc:  Cấp I  Cấp II  Cấp III  
Chế độ dinh dưỡng:  Nuôi ăn đường miệng  Nuôi qua ống thông  Nuôi ăn tĩnh mạch  
Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

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

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

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

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

.....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

.....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này:

Dị ứng:  Không  Có, ghi rõ.....

Tại mắt:  Không  Có, ghi rõ.....

Bản thân:  Không  Có, ghi rõ.....

Gia đình:  Không  Có, ghi rõ.....

### III. KHÁM BỆNH

#### 1. Bệnh Mắt:

##### MẮT PHẢI

##### BỘ PHẬN

##### MẮT TRÁI

##### Thị lực

Không kính

Có kính

##### Nhãn áp

Bình thường  Bất thường

Mô tả:

.....

.....

##### Hốc mắt

Bình thường  Bất thường

Mô tả:

.....

.....

##### Tình trạng nhãn cầu

Bình thường  Bất thường

Mô tả:

.....

.....

##### Vận nhãn

Bình thường  Bất thường

Mô tả:

.....

.....

##### Lệ đạo

Bình thường  Bất thường

Mô tả:

.....

.....

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

Bình thường     Bất thường

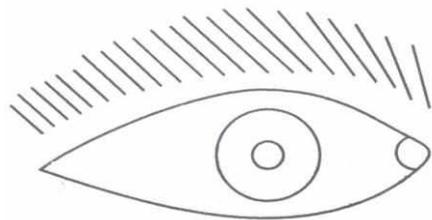
Mô tả:

.....  
.....

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....



Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

**Mi mắt**

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

**Kết mạc**

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

**Giác mạc**

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

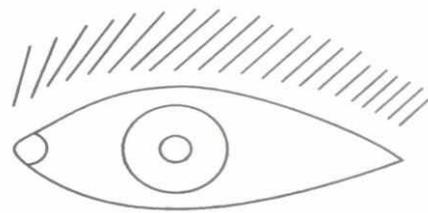
**Củng mạc**

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

**Hình vẽ mô tả**



**Tiền phòng**

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

**Mống mắt**

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

**Đồng tử** (*Phần  
xạ, hình dạng,  
kích thước, ánh  
đồng tử...*)

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

**Thể thủy tinh**

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

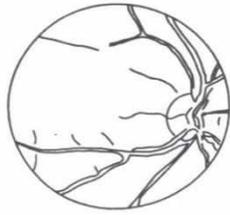
.....  
.....

**Dịch kính**

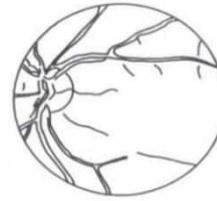
Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....



### Đáy mắt



Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

Bình thường     Bất thường

Mô tả:

.....  
.....

### 2. Toàn thân:

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

Mạch:..... lần/phút
Nhiệt độ:..... °C
Huyết áp:..... mmHg
Nhịp thở.....lần/phút
Cân nặng:..... Kg
Chiều cao:.....cm

### 3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm: Không    Có, ghi rõ:

.....  
.....

### 4. Tóm tắt bệnh án

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

### VI. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh và mã ICD kèm theo):

- 1. Chẩn đoán lúc vào viện (MP, MT): .....
- 2. Chẩn đoán phân biệt (MP, MT): .....
- 3. Chẩn đoán xác định (MP, MT): .....
- Bệnh chính: .....
- Bệnh kèm theo (nếu có): .....
- Biến chứng (nếu có): .....

### VII. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần: .....  
Tiền lượng xa: .....

### VIII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo: .....

- Chế độ chăm sóc:     Cấp I     Cấp II     Cấp III
- Chế độ dinh dưỡng:     Nuôi ăn đường miệng     Nuôi qua ống thông     Nuôi ăn tĩnh mạch
- Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân của người bệnh:  Không     Có, ghi rõ:

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

## C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

### 1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

### 2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....  
.....  
.....  
.....

Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật  
.....  
.....  
.....  
.....

### 3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:  
.....  
.....

- Mắt phải:  
.....  
.....

- Mắt trái:  
.....  
.....

Thị lực ra viện: MP:.....

MT:.....

Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

Thị lực chỉnh kính MP:.....

MT:.....

MT:..... mmHg

### 4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: .....

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

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

2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

#### 2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng:  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc:  Không  Có, biểu hiện: .....

Hóa chất/mỹ phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Thực phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Khác: .....

Thuốc đang dùng:  Không  Có: loại thuốc: .....

Tiền sử phẫu thuật:  Không  Có, ghi rõ: .....

Yếu tố nguy cơ:  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc láo:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia:  Không  Có:  Thường xuyên  Thỉnh thoảng  Rất ít

Chất gây nghiện:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác: .....

2.2. Tiền sử gia đình:  Không  Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)

Tên bệnh: .....

.....

### III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động,...)

Tình, tiếp xúc tốt:  Không  Có

Tình, tiếp xúc chậm:  Không  Có

Mé:  Không  Có

Glasgow ..... điểm

Khác: .....

.....

Mạch	.....	lần/ph
Nhiệt độ	.....	°C
Huyết áp	.....	mmHg
Nhịp thở	.....	lần/ph
Cân nặng	.....	kg
Chiều cao	.....	cm

## 2. Bệnh chuyên khoa

.....

.....

.....

.....

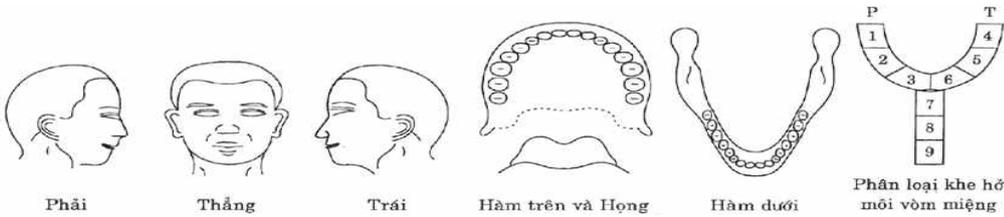
.....

.....

.....

.....

### Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện



- 1, 4 là khe hở môi
- 2, 5 là khe hở xương ổ răng
- 3,6 là khe hở cung hàm
- 7, 8 là khe hở vòm miệng cứng
- 9 là khe hở vòm miệng mềm

## 3. Các cơ quan

Tuần hoàn:       Bình thường       Bất thường, ghi rõ: .....

Hô hấp:       Bình thường       Bất thường, ghi rõ: .....

Tiêu hoá:       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: .....

Nội tiết, dinh dưỡng:       Bình thường       Bất thường, ghi rõ: .....

Bệnh lý khác: .....

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:       Không       Có, ghi rõ:

.....

.....

## 5. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

#### IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....
2. Chẩn đoán phân biệt.....
3. Chẩn đoán xác định:
- Bệnh chính: .....
- Bệnh kèm theo (nếu có):.....
- Biến chứng (nếu có):.....

#### V. TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng gần: .....

Tiền lượng xa: .....

#### VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Hướng điều trị tiếp theo: .....

Chế độ chăm sóc:  Cấp I  Cấp II  Cấp III

Chế độ dinh dưỡng:  Nuôi ăn đường miệng  Nuôi qua ống thông  Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng:  Không  Có, ghi rõ:.....

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

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**

(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: ..... <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật                      Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Ác tính

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

##### 2.1. Tiền sử bản thân:

**Dị ứng:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc:  Không  Có, biểu hiện: .....

Hóa chất/mỹ phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Thực phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Khác: .....

**Thuốc đang dùng:**  Không  Có: loại thuốc: .....

**Tiền sử bệnh:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh hô hấp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh tiêu hóa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh nội tiết:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thần kinh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thận-tiết niệu:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh cơ-xương-khớp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Ung thư:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**Tiền sử phẫu thuật:**  Không  Có, ghi rõ: .....

.....  
.....

**Yếu tố nguy cơ:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc láo:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia:  Không  Có:  Thường xuyên  thỉnh thoảng  Rất ít

Chất gây nghiện:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác: .....

**2.2. Tiền sử gia đình:**  Không  Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) .....

Tên bệnh: .....

- 3. Yếu tố dịch tễ:**  Không  Có: .....
- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh: ..... Thời gian: .....
- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống: .....
- Môi sinh (*bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương*) .....

**III. KHÁM BỆNH**

**1. Toàn thân:**

Tỉnh, tiếp xúc tốt:  Không  Có

Tỉnh, tiếp xúc chậm:  Không  Có

Mê:  Không  Có:

Glasgow: .....điểm

Khác: .....

Mạch .....lần/phút	Cân nặng .....kg
Nhiệt độ .....°C	Chiều cao .....cm
Huyết áp ...../.....mmHg	SpO <sub>2</sub> .....%
Nhịp thở .....lần/phút	BMI .....

**2. Tai Mũi Họng:**

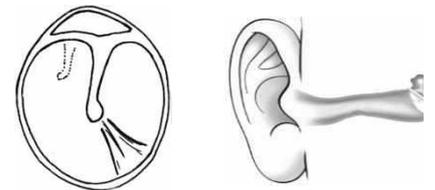
**Bộ phận**

**Triệu chứng/Dấu hiệu/ Mô tả**

**Hình vẽ**

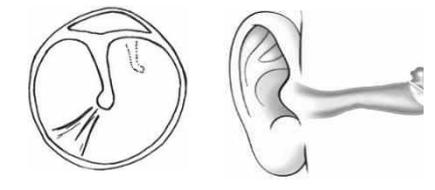
Tai phải:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

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



Tai trái:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

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



Hình thể ngoài mũi:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

.....  
 .....



Hốc mũi phải:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

.....  
 .....



Hốc mũi trái:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

.....  
 .....



Vòm mũi họng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

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

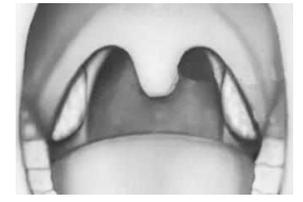


P

T

Họng miệng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

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



P

T

Hạ họng – Thanh quản:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

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



P

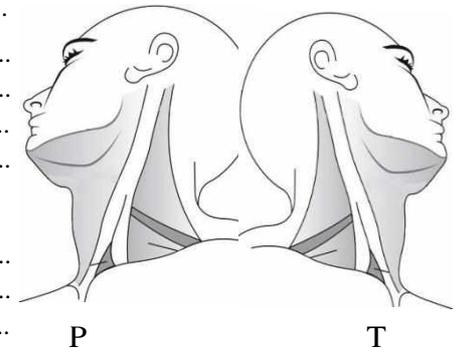
T

Vùng đầu cổ:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ .....

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

Hạch Cổ:  Không  Có:

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



P

T

Khác: .....

.....  
.....

**3. Các cơ quan khác:**

Răng – Hàm –  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Mắt: .....

Mất:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

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:.....  
– sinh dục: .....

Thần kinh:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Cơ – xương –  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....  
khớp: .....

Bệnh lý khác: .....

4. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:  Không  Có, ghi rõ:

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

5. Tóm tắt bệnh án:

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

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán phân biệt: .....	<input type="text"/>
3. Chẩn đoán xác định:	
Bệnh chính: .....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo (nếu có): .....	<input type="text"/>
Biến chứng (nếu có): .....	<input type="text"/>

**V. TIỀN LƯỢNG**

Tiền lượng gần: .....

Tiền lượng xa: .....

**VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

Hướng điều trị tiếp theo: .....

Chế độ chăm sóc:  Cấp I  Cấp II  Cấp III

Chế độ dinh dưỡng:  Nuôi ăn đường miệng  Nuôi qua ống thông  Nuôi ăn tĩnh mạch

Phục hồi chức năng:  Không  Có, ghi rõ: .....

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

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ làm bệnh án**

(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

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

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

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

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

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  Giấy chứng nhận khuyết tật: (Dạng khuyết  
tật.....; Mức độ KT:.....)  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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: ..... <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trước khi đến:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử có liên quan đến tình trạng bệnh lần này

##### 2.1. Tiền sử bản thân

**Dị ứng:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc:  Không  Có, biểu hiện: .....

Hóa chất/mỹ phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Thực phẩm:  Không  Có, biểu hiện: .....

Khác: .....

**Thuốc đang dùng:**  Không  Có: loại thuốc: .....

**Tiền sử bệnh:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Bệnh tim mạch:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh hô hấp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh tiêu hóa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh nội tiết:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thần kinh:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh thận-tiết niệu:  Không  Có, ghi rõ: .....

Bệnh cơ-xương-khớp:  Không  Có, ghi rõ: .....

Ung thư:  Không  Có, ghi rõ: .....

Khác: .....

**Tiền sử phẫu thuật:**  Không  Có, ghi rõ: .....

**Yếu tố nguy cơ:**  Không  Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Thuốc lá:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm Gói (bao)/năm:.....

Thuốc lào:  Không  Có: Thời gian sử dụng..... năm

Rượu, bia:  Không  Có:  Thường xuyên  Thỉnh thoảng  Rất ít

Chất gây nghiện:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian sử dụng..... năm

Tiếp xúc hóa chất-tia xạ:  Không  Có:  Loại:..... Thời gian tiếp xúc..... năm

Khác: .....

**2.2. Tiền sử gia đình:**  Không  Có

Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...) .....

Tên bệnh: .....

**3. Yếu tố dịch tễ:**  Không  Có: .....

- Đã sống ở nơi nào trước hoặc trong khi bị bệnh: ..... Thời gian:.....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành nơi sinh sống: .....

- Môi sinh (bệnh của người và gia súc đang lưu hành tại địa phương) .....

### III. KHÁM BỆNH

#### 1. Toàn thân

Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tình, tiếp xúc tốt:  Không  Có  
Ngủ gà:  Không  Có  
Lơ mơ:  Không  Có  
Hôn mê:  Không  Có: Glasgow .....điểm  
Da, niêm mạc:  Hồng  Vàng  Xanh xao  
Khác.....  
Kết mạc mắt:  Bình thường  Đỏ  Vàng  
Khác.....  
Lưỡi:  Bình thường  
 Bản  Gai lưỡi mòn/mắt  
Khác.....  
Lông, tóc, móng:  Bình thường  
 Rụng tóc  Móng giòn dễ gãy  
Khác.....  
Tuyến giáp:  Bình thường  To  Tiếng thổi  
Hạch sờ được:  Không  Có:  
Vị trí:  Cổ  Nách  Bẹn  
Khác.....  
Số lượng:  Một  Nhiều hạch  
Đường kính (hạch lớn nhất): ..... mm  
Di động:  Không  Có  
Đau:  Không  Có

Mạch.....lần/ph	Cân nặng.....kg
Nhiệt độ..... <sup>o</sup> C	Chiều cao.....cm
Huyết áp...../.....mmHg	SpO <sub>2</sub> .....%
Nhịp thở.....lần/ph	BMI.....

Xuất huyết  Không  Có:  
dưới da:  Chấm, nốt xuất huyết  
 Mảng bầm da  Tụ máu  
Khác.....  
Xuất huyết  Không  Có:  
niêm mạc:  Mắt  Mũi  
 Miệng  Tiểu máu  
 Rối loạn kinh nguyệt  
Khác.....  
Phù:  Không  Có:  
Vị trí phù:  Chi dưới  Chi trên  
 Mặt  Áo khoác  
 Toàn thân  
Khác.....  
Tính chất:  Mềm  Cứng

Khác.....

#### 2. Các cơ quan

##### 2.1. Tuần hoàn:

Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Đau ngực:  Không  Có:  Điển hình  Không điển hình  
Hồi hộp đánh trống ngực:  Không  Có Nhịp nhanh:  Không  Có  
Nhịp chậm:  Không  Có: Loạn nhịp:  Không  Có  
Mỏm tim đập lệch  Không  Có: Diện đập của tim rộng hơn:  Không  Có  
Tiếng tim mờ:  Không  Có:  T1 đánh ở mỏm  T2 mạnh tách đôi  
Thổi tâm thu:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....;  Rung miu)  
Thổi tâm trương:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....;  Rung miu)  
Rung tâm trương:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:.....)  
Thổi liên tục:  Không  Có: (Vị trí:.....)  
Tiếng thổi động mạch:  Không  Có: (Vị trí:.....)

Khác.....

##### 2.2. Hô hấp:

Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Khó thở:  Không  Có  
Biến dạng lồng ngực:  Không  Có  
Gõ:  Bình thường  Đục  Vang: vị trí.....  
Rì rào phế nang:  Bình thường  Giảm: vị trí.....

Rung thanh:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
Rale:  Không  Có:  Rale âm  Rale nổ  Rale rít  Rale ngáy  
Khác.....

**2.3. Tiêu hóa:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
Đau bụng:  Không  Có: vị trí:.....  
Buồn nôn:  Không  Có  
Nôn:  Không  Có:  Máu tươi  Máu thâm  
Đại tiện phân có máu:  Không  Có:  Máu tươi  Máu thâm  Phân đen  
Tiêu chảy:  Không  Có: số lần:.....  
Chướng bụng  Không  Có  
Phản ứng thành bụng:  Không  Có  
Lách:  Bình thường  Độ..... (1,2,3,4)  
Gan:  Bình thường  To (.....cm dưới bờ sườn)  Cổ trướng  
 Tuần hoàn bàng hệ  
Khác.....

**2.4. Thận – tiết niệu:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
Màu sắc nước tiểu:  Bình thường  Bất thường Màu sắc: ..... Thể tích:.....ml/24h  
Tiểu buốt:  Không  Có  
Tiểu rắt:  Không  Có  
Cầu bàng quang:  Không  Có  
Đau điểm niệu quản:  Không  Có, vị trí: .....  
Rung thận (+):  Không  Có  
Khác.....

**2.5. Thần kinh, tâm thần:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:  
Cổ cứng:  Không  Có  
Dấu hiệu màng não:  Không  Có  
Cơ lực:  Bình thường  Giảm: vị trí.....  
Trương lực cơ:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
Phản xạ gân xương:  Bình thường  Tăng  Giảm: vị trí.....  
Liệt ½ người phải:  Không  Có Liệt ½ người trái:  Không  Có  
Liệt 2 chi dưới:  Không  Có Liệt tứ chi:  Không  Có  
Khác (Tri giác; vận động; cảm giác, phản xạ da, phản xạ bệnh lý; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hòa; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2.6. Cơ – xương – khớp, cột sống:**  
Đau cơ:  Không  Có: vị trí ..... Đau khớp:  Không  Có: vị trí .....  
Sưng đỏ khớp:  Không  Có: vị trí ..... Đau cột sống:  Không  Có: vị trí .....  
Hạn chế vận động khớp:  Không  Có: vị trí .....  
Teo cơ:  Không  Có: vị trí ..... Hạt Tophi:  Không  Có: vị trí .....  
Dấu cứng khớp buổi sáng:  Không  Có



#### IV. LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

##### 1. Hoạt động chức năng

**Vận động và di chuyển** (*thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại...*)

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

**Chức năng sinh hoạt hàng ngày** (*mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện – tiểu tiện...*)

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

**Nhận thức, giao tiếp** (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...*)

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

**Các chức năng khác** (*rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan...*)

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

**2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội** (*chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội ....*)

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

**3. Yếu tố môi trường** (*Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...*)

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

**4. Yếu tố cá nhân** (*tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách, ...*)

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

#### V. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....
2. Chẩn đoán phân biệt.....
3. Chẩn đoán xác định:
- Bệnh chính: .....
- Bệnh kèm theo (nếu có):.....
- Biến chứng (nếu có):.....

## VI. TIÊN LƯỢNG

Tiên lượng gần: .....

Tiên lượng xa: .....

## 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 (*mục tiêu cụ thể, đo lường được, thực tế, có thể đạt được và có thời gian hoàn thành*)

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

### 3. Chương trình can thiệp PHCN: (*những bài tập, kỹ thuật, điều trị về 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 sỹ làm bệnh án**

(Ký, ghi rõ họ tên)

## C. 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, kỹ thuật, hoạt động điều trị về 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 sỹ điều trị**

(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

1. Họ và tên (*In hoa*): .....  
2. Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:     
3. Giới tính:  Nam  Nữ  
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. Họ và tên bố: ..... Nghề nghiệp: .....  
Họ và tên mẹ: ..... 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: .....  
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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... :..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: .....:..... ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện	
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)



**1. Toàn thân:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Tri giác:  Tỉnh  Bứt rứt  Ngủ gà  Li bì  Mê

Da, niêm mạc:  Hồng  Tái  Vàng

Xuất huyết dưới da:  Không  Có, vị trí, đặc điểm: .....

Ban trên da:  Không  Có, vị trí, đặc điểm: .....

Môi:  Hồng  Tái  Tím

Phù:  Không  Có, vị trí, tính chất: .....

Mắt nước:  Không  Có, ghi rõ: .....

Dinh dưỡng:  Bình thường  Suy dinh dưỡng  Béo phì

Sụt cân  Bú kém/ăn kém  Bỏ bú/bỏ ăn

Hạch:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Tuyến giáp:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ: .....

Khác: .....

## 2. Các cơ quan:

**2.1. Tuần hoàn:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Hồi hộp đánh trống ngực:  Không  Có Đau ngực:  Không  Có

Khó thở:  Không  Có Nhịp nhanh:  Không  Có

Nhịp chậm:  Không  Có Loạn nhịp:  Không  Có

Nhịp tim bình thường.....chu kỳ/phút

Mỏm tim đập lệch:  Không  Có:  Lệch trái  Lệch phải

Diện đập của tim rộng hơn bình thường:  Không  Có

Tiếng tim mờ:  Không  Có:  T1 mạnh ở mỏm  T2 mạnh  Tiếng ngựa phi

Thổi tâm thu:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:..... Rung miu)

Rung tâm trương:  Không  Có: (Vị trí:.....; Mức độ:..... Rung miu)

Thổi liên tục  Không  Có: (Vị trí:.....)

Mạch nảy yếu  Nổi vân  Da tái, chi lạnh Refill .....giây

Khác: .....

**2.2. Hô hấp:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau:

Ho:  Không  Có Ho nhiều về đêm và gần sáng:  Không  Có

Khò khè:  Không  Có Khò khè tái diễn:  Không  Có

Lồng ngực bình thường:  Không  Có Biến dạng lồng ngực:  Không  Có

Co kéo cơ hô hấp:  Không  Có Thở rên:  Không  Có

Thở nhanh:  Không  Có Khó thở:  Không  Có

Rút lõm ngực:  Không  Có Thở rít:  Không  Có

Chảy nước mũi  Không  Có Tính chất dịch mũi:.....

Mạch.....lần/phút
Nhiệt độ..... <sup>o</sup> C
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/phút
Cân nặng.....kg
Chiều cao.....cm
SpO <sub>2</sub> .....%
BMI.....

Rì rào phế nang:  Bình thường  Giảm - vị trí.....  
 Rung thanh:  Bình thường  Tăng  Giảm - vị trí.....  
 Rale:  Không  Có:  Rale ẩm  Rale nổ  Rale rít  Rale gáy

Khác: .....  
**2.3. Tiêu hoá:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Nôn:  Không  Có:  Nôn tất cả mọi thứ  Nôn vọt  
 Chất nôn: .....

Phân:  Bình thường  Nát  Táo bón  Nhầy  Máu  Phân lỏng, số lần...../ngày

Đau bụng:  Không  Có: Vị trí .....  Tính chất đau.....

Bụng:  Mềm  Chướng  Phản ứng thành bụng  Cảm ứng phúc mạc

Gan:  Bình thường  To Dưới bờ sườn .....cm  Cổ chướng

Lách:  Bình thường  To Độ .....(1, 2, 3, 4)  Tuần hoàn bàng hệ

Hậu môn:  Bình thường  Bất thường .....

Khác: .....

**2.4. Thận - Tiết niệu - Sinh dục:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Đi tiểu:  Bình thường  Tiểu buốt  Tiểu rất  Tiểu ít hơn ngày bình thường

Màu sắc nước tiểu:  Bình thường  Bất thường Màu sắc ..... thể tích.....ml/24h

Hố thận:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Bộ phận sinh dục: ngoài:  Bình thường  Bất thường .....

Khác: .....

**2.5. Thần kinh, tâm thần:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi đầy đủ các nội dung sau

Co giật:  Không  Có: số lần.....giật toàn thân  Cục bộ

Tình ngay sau giật:  Tình ngay sau giật  Liên quan sốt cao  Thời gian giật .....phút

Liệt/yếu vận động sau giật, vị trí.....

Cổ cứng:  Không  Có

Dấu hiệu màng não:  Không  Có

Cơ lực:  Bình thường  Giảm - vị trí.....

Trương lực cơ:  Bình thường  Tăng  Giảm - vị trí.....

Phản xạ gân xương:  Bình thường  Tăng  Giảm - vị trí.....

Thần kinh sọ não:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:.....

Liệt ½ người phải:  Không  Có Liệt ½ người trái:  Không  Có

Liệt 2 chi dưới:  Không  Có Liệt tứ chi:  Không  Có

Khác (Tri giác; vận động; cảm giác, phản xạ da, phản xạ bệnh lý; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hòa; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác):  
 .....  
 .....

**2.6. Cơ - Xương - Khớp, cột sống**

Cơ:  Bình thường  Đau cơ, vị trí.....  
 Teo cơ, vị trí.....

Xương:  Bình thường  Đau xương, vị trí.....  
 Biến dạng xương, vị trí.....

Khớp:  Bình thường  Đau khớp, vị trí.....  
 Sung đỏ khớp, vị trí.....

Khác (hình thể, chức năng; thử cơ bằng tay...):

.....

.....

.....

.....

.....

**2.7. Tai - Mũi - Họng, Răng - Hàm - Mặt, Mắt:**

Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi rõ:

.....

**2.8. Bệnh lý khác:**

.....

**3. Các xét nghiệm, cận lâm sàng cần làm:**  Không  Có, ghi rõ:

.....

**4. Tóm tắt bệnh án:**

.....

.....

.....

.....

**IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA ĐIỀU TRỊ (Tên bệnh kèm theo mã ICD)**

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán phân biệt.....	<input type="text"/>
3. Chẩn đoán xác định:	
Bệnh chính: .....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo (nếu có):.....	<input type="text"/>
Biến chứng (nếu có):.....	<input type="text"/>

**V. TIỀN LƯỢNG**

Tiền lượng gần: .....

Tiền lượng xa: .....

**VI. 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 (mục tiêu cụ thể, đo lường được, thực tế, có thể đạt được và có thời gian hoàn thành)**

.....

.....

.....

.....

**3. Chương trình can thiệp PHCN:** (những bài tập, kỹ thuật, điều trị về 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 sỹ làm bệnh án**

## C. 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, kỹ thuật, hoạt động điều trị về 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 sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mạch .....lần/ph
Nhiệt độ..... <sup>0</sup> C
Huyết áp ...../..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặng .....kg
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. Tóm tắt các xét nghiệm, cận lâm sàng (có giá trị chẩn đoán, theo dõi bệnh):

## 4. Chẩn đoán lúc vào viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

## 5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc):

## 6. Chẩn đoán khi ra viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

7. Điều trị ngoại trú từ ngày ...../...../20..... đến ngày ...../...../20.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ khám bệnh**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## 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. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

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

3. Chẩn đoán khi ra viện (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo (nếu có):.....

Biến chứng (nếu có):.....

4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

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

5. Tình trạng ra viện:

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

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

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**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 có liên quan đến tình trạng bệnh lần này:**

- Dị ứng:  Không  Có, ghi rõ.....
- Tại mắt:  Không  Có, ghi rõ.....
- Bản thân:  Không  Có, ghi rõ.....
- Gia đình:  Không  Có, ghi rõ.....

**III. KHÁM BỆNH**

**1. Bệnh Mắt:**

**MẮT PHẢI**

**BỘ PHẬN**

**MẮT TRÁI**

**Thị lực**

Không kính

Có kính

**Nhãn áp**

.....

**Hốc mắt**

Bình thường  Bất thường

Bình thường  Bất thường

Mô tả: .....

Mô tả: .....

Bình thường  Bất thường

**Tình trạng**

Bình thường  Bất thường

Mô tả: .....

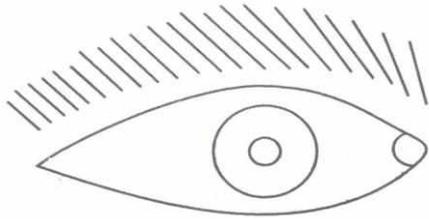
**nhãn cầu**

Mô tả: .....

## MẮT PHẢI

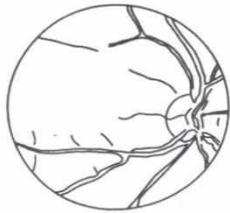
Bình thường     Bất thường

Mô tả: .....



Bình thường     Bất thường

Mô tả: .....



Bình thường     Bất thường

Mô tả: .....

.....

## BỘ PHẬN

**Vận nhãn**

**Lệ đạo**

**Mi mắt**

**Kết mạc**

**Giác mạc**

**Củng mạc**

**Hình vẽ mô tả**

**Tiền Phòng**

**Mống mắt**

**Đồng tử**

*(Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)*

**Thể thủy tinh**

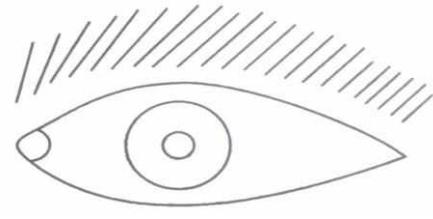
**Dịch kính**

**Đáy mắt**

## MẮT TRÁI

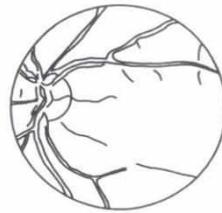
Bình thường     Bất thường

Mô tả: .....



Bình thường     Bất thường

Mô tả: .....



Bình thường     Bất thường

Mô tả: .....

.....

2. **Toàn thân:**  Chưa phát hiện bất thường  Bất thường, ghi rõ:

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

Mạch:.....	lần/phút
Nhiệt độ:.....	°C
Huyết áp:...../.....	mmHg
Nhịp thở:.....	lần/phút
Cân nặng:.....	Kg
Chiều cao:.....	cm

3. **Các xét nghiệm cần làm:**  Không  Có, ghi rõ:

.....  
.....

**4. Tóm tắt bệnh án**

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

**IV. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh và mã ICD kèm theo):**

Bệnh chính (MP, MT): .....

Bệnh kèm theo MP, MT (nếu có): .....

Biến chứng MP, MT (nếu có): .....

**V. TIÊN LƯỢNG**

Tiên lượng gần: .....

Tiên lượng xa: .....

**VI. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ**

Hướng điều trị tiếp theo: .....

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

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

### C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

#### 1. Chẩn đoán khi ra viện:

MP:.....

MT:.....

#### Phương pháp điều trị:

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....

.....

Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

.....

.....

.....

.....

.....

#### 2. Tình trạng ra viện:

##### Toàn trạng:

.....

.....

##### Mắt phải:

.....

##### Mắt trái:

.....

.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:.....

Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

Thị lực chỉnh kính: MP:..... MT:.....

MT:..... mmHg

#### 3. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:

.....

.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**

(Ký, ghi rõ họ tên)

**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 có liên quan đến tình trạng bệnh lần này:**

- 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:

.....

.....

.....

.....

.....

Mạch: ..... lần/phút  
Nhiệt độ: ..... °C  
Huyết áp: ...../..... mmHg  
Nhịp thở: ..... lần/phút  
Cân nặng: ..... Kg  
Chiều cao: ..... cm

**2. Khám chuyên khoa**

- Ngoài miệng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:

.....

.....

.....

.....

.....

Trong miệng:  Bình thường  Bất thường, ghi rõ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

4. Tóm tắt bệnh án:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### IV. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo (nếu có): .....

Biến chứng (nếu có): .....

#### V. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

.....

.....

.....

#### VI. QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

Ngày	Diễn biến bệnh	Xử trí	Ghi chú

#### VII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ

Điều trị từ ngày ...../...../20..... đến ngày...../...../20.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

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

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

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

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

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

# BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS: BA-19  
Số bệnh án: .....  
Mã người bệnh:.....

## A. THÔNG TIN CHUNG:

- Họ và tên (In hoa): .....
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Giới tính:  Nam  Nữ
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. Họ và tên bố: ..... Nghề nghiệp: .....
- Họ và tên mẹ: ..... 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: .....
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:

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

Mạch ..... lần/ph  
Nhiệt độ.....<sup>o</sup>C  
Huyết áp ...../..... mmHg  
Nhịp thở..... lần/ph  
Cân nặng .....kg  
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. Tóm tắt các xét nghiệm, cận lâm sàng** (có giá trị chẩn đoán, theo dõi bệnh):

.....

**4. Chẩn đoán lúc vào viện** (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

.....

**5. Đã xử lý** (*thuốc, chăm sóc*):.....

.....

.....

.....

.....

**6. Chẩn đoán khi ra viện** (Tên bệnh kèm theo mã ICD):

.....

**7. Điều trị ngoại trú** từ ngày ...../...../20..... đến ngày ...../...../20.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

**Bác sĩ khám bệnh**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## C. 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:

.....

.....

.....

.....

### 5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (*những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về 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 sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
Khoa      Giờ      Ngày      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:.....
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
<input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

### I. LÝ DO VÀO VIỆN, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE: .....

Vào:  Giờ thứ: ..... của bệnh  Ngày thứ: ..... của bệnh  Không rõ.

### 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...)

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

Chẩn đoán và điều trị trước khi đến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác:  Không  Có, ghi rõ:

.....

#### 2. Tiền sử bệnh:

Dị ứng:  Không  Có - Ghi rõ: .....

Đang dùng thuốc chống đông:  Không  Có - Ghi rõ: .....

Thuốc dùng khác:  Không  Có - Ghi rõ: .....

### III. KHÁM BỆNH

#### 1. Toàn thân: Chưa phát hiện bất thường Bất thường, ghi rõ:

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

Mạch.....lần/phút
Nhiệt độ.....°C
Huyết áp...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/phút
Cân nặng.....kg
Chiều cao.....cm
SpO <sub>2</sub> .....%

#### 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. Các xét nghiệm cần làm:  Không  Có, ghi rõ:

#### IV. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO KHOA CẤP CỨU (Tên bệnh kèm theo mã ICD)

1. Chẩn đoán lúc vào viện: .....

2. Chẩn đoán phân biệt: .....

3. Chẩn đoán xác định:

Bệnh chính: .....

Bệnh kèm theo (nếu có): .....

Biến chứng (nếu có): .....

#### V. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị tại khoa cấp cứu: .....

.....

.....

2. Điều trị đã thực hiện: .....

.....

.....

3. Kết luận sau điều trị: .....

.....

4. Chuyển sang khám ngoại trú:  Không  Có:  Đơn thuốc  Quay lại khám nếu có triệu chứng

Chỉ định khác.....

5. Yêu cầu nhập viện:  Không  Có - Lý do nhập viện:

..... tại khoa.....

6. Nếu chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác:

Lý do chuyển viện: .....

.....

Tình trạng trước khi chuyển viện: .....

.....

Ngày.....tháng..... năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**

(Ký, ghi rõ họ tên)

### 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. Những dấu hiệu lâm sàng chính được ghi nhận** (*có giá trị chẩn đoán trong quá trình điều trị*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):**

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ: .....

Phẫu thuật, thủ thuật:  Có, ghi rõ phương pháp: .....

**5. Tình trạng ra viện:**

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

**6. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:** .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

<b>Thông tin về người bệnh</b>	Họ và tên :					Tuổi:
	Địa chỉ:					Điện thoại:
	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ			Nghề nghiệp:		
<b>Thời gian, địa điểm, quãng đường cấp cứu</b>	Nhận cuộc gọi: giờ phút, ngày...../...../20.....			Đến hiện trường:	Đến bệnh viện:	Quay về cơ sở KBCB:
	Hiện trường CC: <input type="checkbox"/> Tại nhà <input type="checkbox"/> Nơi công cộng <input type="checkbox"/> Cơ sở y tế <input type="checkbox"/> Sông hồ <input type="checkbox"/> Nơi làm việc <input type="checkbox"/> Khác					
	Địa chỉ cấp cứu			Phường/xã:		Quận huyện :
	Quãng đường (km):		Nơi xuất phát → Hiện trường :		Hiện trường → BV:	BV → Trạm
<b>Lý do gọi cấp cứu</b>	Chấn thương		Bệnh lý		Khác	
	<input type="checkbox"/> TNGT	<input type="checkbox"/> Do hóa khí	<input type="checkbox"/> Tim mạch	<input type="checkbox"/> Thận tiết niệu	<input type="checkbox"/> Động vật cắn	
	<input type="checkbox"/> Tai nạn sinh hoạt	<input type="checkbox"/> Tai nạn LĐ	<input type="checkbox"/> Hô hấp	<input type="checkbox"/> Cơ xương khớp	<input type="checkbox"/> Côn trùng đốt	
	<input type="checkbox"/> Điện giật	<input type="checkbox"/> Ngã cao	<input type="checkbox"/> Tiêu hóa	<input type="checkbox"/> Truyền nhiễm	<input type="checkbox"/> Ngộ độc	
	<input type="checkbox"/> Ngạt nước	<input type="checkbox"/> Bỏng	<input type="checkbox"/> Thần kinh	<input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Say nóng/nắng	
<b>Tiền sử, bệnh sử</b>						
<b>Khám và chẩn đoán</b>	Điểm Glasgow:	Mạch(l/p):	HA (mmHg):	Nhịp thở(l/p):	SpO2(%)	Nhiệt độ(C):
	<b>Khám cấp cứu</b>					
	<b>Chẩn đoán ban đầu:</b>					
<b>Xử trí cấp cứu</b>	<input type="checkbox"/> Heimlich	<input type="checkbox"/> Thở Ô xy	<b>Xử trí khác:</b>			
	<input type="checkbox"/> Nâng cằm, đẩy hàm	<input type="checkbox"/> Bóp bóng				
	<input type="checkbox"/> Lấy dị vật	<input type="checkbox"/> Thở máy				
	<input type="checkbox"/> đặt canuynl	<input type="checkbox"/> Cầm máu				
	<input type="checkbox"/> Nội khí quản	<input type="checkbox"/> CPR				
	<input type="checkbox"/> Chọc màng N-G	<input type="checkbox"/> Nẹp cổ				
	<input type="checkbox"/> Mỏ KQ	<input type="checkbox"/> Nẹp chi				
	<input type="checkbox"/> Hút đờm dãi	<input type="checkbox"/> Ván cứng				
<b>Kết quả xử trí ban đầu</b>	<b>Tử vong:</b>					<input type="checkbox"/> Tại nhà, hiện trường <input type="checkbox"/> Trên đường đến bệnh viện <input type="checkbox"/> khi đến bệnh viện
	<input type="checkbox"/> Cải thiện <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Xấu đi					
	<b>Còn sống:</b>					<input type="checkbox"/> Đê lại <input type="checkbox"/> Chuyển viện <input type="checkbox"/> Khác
<b>Tình trạng sau cấp cứu (còn sống)</b>	Điểm Glasgow:	Mạch (l/p):	HA (mmHg):	Nhịp thở (l/p):	SpO <sub>2</sub> (%)	Nhiệt độ (C):
<b>Đến CSYT</b>	Nơi tiếp nhận:			Thời điểm bàn giao: giờ phút, ngày tháng năm 20		

Người tiếp nhận  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Người chuyển người bệnh  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Sở Y tế: .....

Trung tâm y tế: .....

Trạm y tế xã, phường: .....

MS: BA-22

**BỆNH ÁN**  
(Dùng cho tuyến xã, phường)

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:

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

Mạch .....lần/ph
Nhiệt độ..... <sup>o</sup> C
Huyết áp ...../..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặng .....kg
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**



### 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**

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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):.....
- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện
<input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## A. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:.....

### 1. Quá trình bệnh:

- Tuổi, hoàn cảnh gây lác:.....

- Tiến triển của bệnh và quá trình điều trị:.....

### 2. Tiền sử bệnh:

+ Dị ứng :  Không  Có

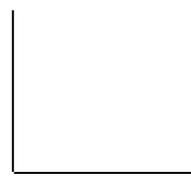
+ Bản thân:.....

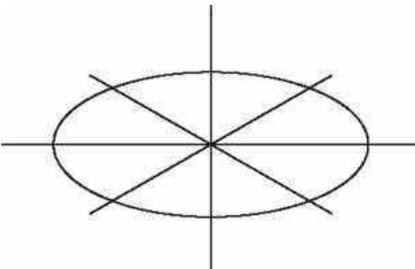
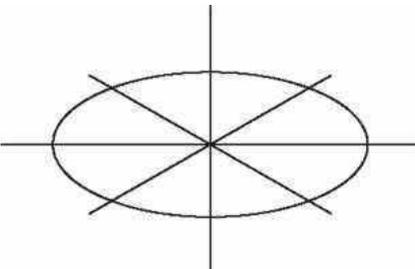
Chưa phát hiện bệnh lý  Bệnh lý:.....

+ Gia đình (*tính chất di truyền về lác, tật khúc xạ*):.....

## III. Khám bệnh:

### 1. Bệnh chuyên khoa:

		MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
Khúc xạ liệt điều tiết Loại thuốc: .....			
Thị lực	Không kính		
	Có kính		
	Số kính		
Nhãn áp (mmHg) Nhãn áp kê: .....			

KHÁM VẬN NHÃN	MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
<input type="checkbox"/> Bình thường		
<input type="checkbox"/> Gia tăng (+1) (+2) (+3) (+4)		
<input type="checkbox"/> Hạn chế (-1) (-2) (-3) (-4)		

## THỬ NGHIỆM CHE MẮT

Không trả

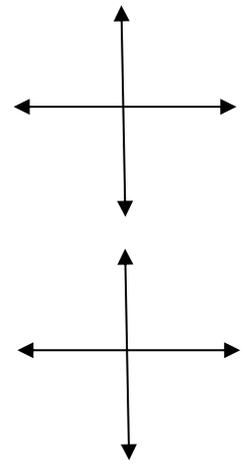
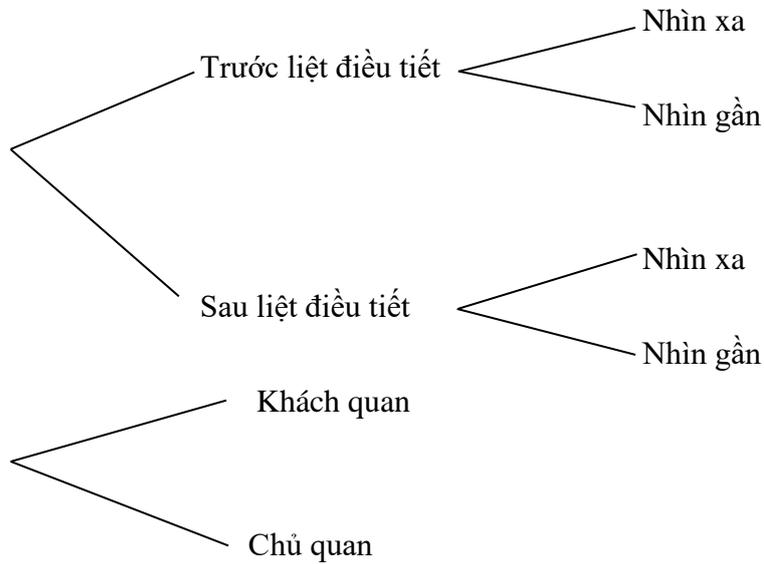
Trả trong ra

Trả ngoài vào

Trả đứng

Trả chéo

**ĐỘ LÁC:** Hirschberg  
(Lăng kính)



**MẮT CHỦ ĐẠO:**  Mắt phải

Mắt trái

**HÌNH THÁI VÀ TÍNH CHẤT LÁC:**  Mắt phải  Mắt trái  2 Mắt

**HỘI CHỨNG:**  Không  Có: .....

**THỊ GIÁC 2 MẮT** (Synoptophore, Lang test, Timus test, thử nghiệm Worth...):  Không  Có

Synoptophore

Loại test khác: .....

Mức độ: Đồng thị

Giây cung

Hợp thị

Phù thị

Biên độ hợp thị

**TƯƠNG ỨNG VÔNG MẠC:**  Bình thường  Bất bình thường

**SONG THỊ:** (thử bằng đèn khe để cách mắt bệnh nhân 50cm. MP đeo kính đỏ, MT đeo kính xanh)

Không

Có

**SƠ ĐỒ SONG THỊ**

MP			MT

**TƯ THẾ BÙ TRỪ CỦA ĐẦU, MẶT CỔ:**  Không  Có: .....

**ĐIỂM CẬN QUY TỤ:** ..... **ĐIỂM CẬN ĐIỀU TIẾT:** .....

**TỶ SỐ AC/A:** .....

**ĐỊNH THỊ:**

**ĐỊNH THỊ**      **MẮT PHẢI**      **MẮT TRÁI**

Trung tâm           

Cạnh tâm           

Ngoại tâm           

**RUNG GIẬT NHÃN CẦU:**  Không  Có: .....

**Góc hãm** :  Không  Có: .....

## 2. Khám mắt:

<b>MẮT PHẢI</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường	<b>BỘ PHẬN</b>	<b>MẮT TRÁI</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Hốc mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Mi mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Kết mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Phần trước nhãn cầu</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Phần sau nhãn cầu và đáy mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....

## 3. Toàn thân

Chưa có biểu hiện bệnh lý       Bệnh lý

Mô tả:.....  
 .....  
 .....

<i>Mạch:..... Lần/phút</i> <i>Nhiệt độ:..... °C</i> <i>Huyết áp:..... mmHg</i> <i>Nhịp thở.....lần/phút</i> <i>Cân nặng:..... Kg</i>
--

## IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

.....  
 .....

## V. TÓM TẮT:

.....  
 .....

**VI. CHẨN ĐOÁN:**

**Bệnh chính:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Bệnh kèm theo:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Phân biệt:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**

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

**VIII. TIÊN LƯỢNG:**

.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....

**BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN**

### C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

#### 1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....

MT:.....

#### 2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

#### 3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:

- Mắt phải:

- Mắt trái:

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

#### 4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: .....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng: .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

**B. BỆNH ÁN****I. Lý do vào viện:**..... Vào ngày thứ..... của bệnh**II. Hỏi bệnh:**.....**1. Quá trình bệnh lý:** (Nguyên nhân, thời gian chấn thương, địa điểm chấn thương các phương pháp đã điều trị, diễn biến sau điều trị)

.....

.....

.....

.....

**2. Tiền sử bệnh:**+ **Dị ứng :**  Không       Có+ **Tại mắt:**.....

.....

+ **Toàn thân:**.....

.....

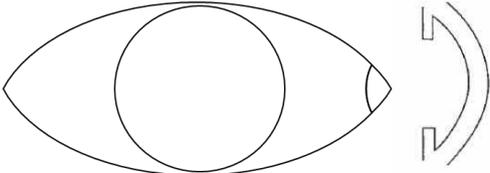
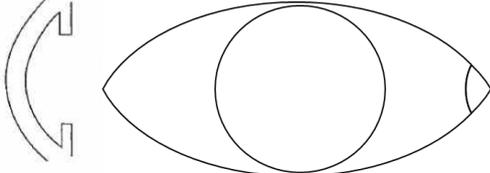
+ **Gia đình:**.....

.....

**III. Khám bệnh:****1. Bệnh Mắt:**

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	<b>Thị lực</b> Không kính Có kính	
	<b>Nhãn áp</b> .....	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Dị vật..... <input type="checkbox"/> Tụ máu hốc mắt..... <input type="checkbox"/> Vỡ thành hốc mắt..... Khác: ..... .....	<b>Hốc mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Dị vật..... <input type="checkbox"/> Tụ máu hốc mắt..... <input type="checkbox"/> Vỡ thành hốc mắt..... Khác: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không có NC (múc,cắt bỏ) <input type="checkbox"/> NC không nguyên vẹn (thủng, rách, vỡ) <input type="checkbox"/> Teo nhãn <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi..... Khác: ..... .....	<b>Tình trạng nhãn cầu</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không có NC (múc,cắt bỏ) <input type="checkbox"/> NC không nguyên vẹn (thủng, rách, vỡ) <input type="checkbox"/> Teo nhãn <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi..... Khác: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Lác <input type="checkbox"/> Rung giật nhãn cầu <input type="checkbox"/> Hạn chế vận nhãn	<b>Vận nhãn</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Lác <input type="checkbox"/> Rung giật nhãn cầu <input type="checkbox"/> Hạn chế vận nhãn

Khác: ..... .....		Khác: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Đứt LQ trên <input type="checkbox"/> Đứt LQ dưới <input type="checkbox"/> Đứt LQ chung Khác: ..... .....	<b>Lệ đạo</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Đứt LQ trên <input type="checkbox"/> Đứt LQ dưới <input type="checkbox"/> Đứt LQ chung Khác: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> Trần khí dưới da <input type="checkbox"/> Rách mi: <input type="checkbox"/> Lốp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức Vị trí:..... <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/> Sụp mi độ: ..... <input type="checkbox"/> Quặm mi: <input type="checkbox"/> Mi trên <input type="checkbox"/> Mi dưới <input type="checkbox"/> Hở mi Khác: ..... .....	<b>Mi mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> Trần khí dưới da <input type="checkbox"/> Rách mi: <input type="checkbox"/> Lốp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức Vị trí:..... <input type="checkbox"/> Đã khâu <input type="checkbox"/> Sụp mi độ: ..... <input type="checkbox"/> Quặm mi: <input type="checkbox"/> Mi trên <input type="checkbox"/> Mi dưới <input type="checkbox"/> Hở mi Khác: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Cương tụ: <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/> Rìa <input type="checkbox"/> Rách kết mạc <input type="checkbox"/> Dị vật kết mạc <input type="checkbox"/> Thiếu máu rìa Khác: ..... .....	<b>Kết mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Cương tụ: <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/> Rìa <input type="checkbox"/> Rách kết mạc <input type="checkbox"/> Dị vật kết mạc <input type="checkbox"/> Thiếu máu rìa Khác: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Phù..... <input type="checkbox"/> Sẹo..... <input type="checkbox"/> Dị vật..... <input type="checkbox"/> Ngấm máu..... <input type="checkbox"/> Trợt..... <input type="checkbox"/> Rách: Kích thước..... Vị trí..... <input type="checkbox"/> Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhỏ <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn ..... <input type="checkbox"/> Đã khâu: <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu	<b>Giác mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Phù..... <input type="checkbox"/> Sẹo..... <input type="checkbox"/> Dị vật..... <input type="checkbox"/> Ngấm máu..... <input type="checkbox"/> Trợt..... <input type="checkbox"/> Rách: Kích thước..... Vị trí..... <input type="checkbox"/> Rách gọn <input type="checkbox"/> Nham nhỏ <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức nội nhãn ..... <input type="checkbox"/> Đã khâu: <input type="checkbox"/> Đúng giải phẫu <input type="checkbox"/> Không đúng giải phẫu

<p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Rách Kích thước..... Vị trí.....</p> <p><input type="checkbox"/> Đã khâu   <input type="checkbox"/> Chưa khâu   <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Củng mạc</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Rách Kích thước..... Vị trí.....</p> <p><input type="checkbox"/> Đã khâu   <input type="checkbox"/> Chưa khâu   <input type="checkbox"/> Kẹt tổ chức</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
 <p>Vùng tổn thương:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vùng 1    <input type="checkbox"/> Vùng 2    <input type="checkbox"/> Vùng 3</p>	<p><b>Lược đồ</b></p>	 <p>Vùng tổn thương:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vùng 1    <input type="checkbox"/> Vùng 2    <input type="checkbox"/> Vùng 3</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Sâu   <input type="checkbox"/> Nông        <input type="checkbox"/> Xẹp TP</p> <p><input type="checkbox"/> Chất thể thủy tinh</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết độ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mủ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất tiết.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tyndall.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Tiền Phòng</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Sâu   <input type="checkbox"/> Nông        <input type="checkbox"/> Xẹp TP</p> <p><input type="checkbox"/> Chất thể thủy tinh</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết độ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mủ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất tiết.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tyndall.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Đứt chân móng mắt.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mát móng mắt.....</p> <p><input type="checkbox"/> Rách, thủng móng mắt.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Móng mắt</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Đứt chân móng mắt.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mát móng mắt.....</p> <p><input type="checkbox"/> Rách, thủng móng mắt.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Tròn   <input type="checkbox"/> Méo   <input type="checkbox"/> Dính vị trí.....</p> <p><input type="checkbox"/> Giãn liệt Kích thước .....mm.</p> <p><input type="checkbox"/> Phản xạ:</p> <p><input type="checkbox"/> Tốt   <input type="checkbox"/> Kém        <input type="checkbox"/> Mát   <input type="checkbox"/> RAPD</p> <p><input type="checkbox"/> Ánh đồng tử:</p> <p><input type="checkbox"/> Hồng            <input type="checkbox"/> Tối.....</p>	<p><b>Đồng tử (Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Tròn   <input type="checkbox"/> Méo   <input type="checkbox"/> Dính vị trí.....</p> <p><input type="checkbox"/> Giãn liệt Kích thước .....mm.</p> <p><input type="checkbox"/> Phản xạ:</p> <p><input type="checkbox"/> Tốt   <input type="checkbox"/> Kém        <input type="checkbox"/> Mát   <input type="checkbox"/> RAPD</p> <p><input type="checkbox"/> Ánh đồng tử:</p> <p><input type="checkbox"/> Hồng            <input type="checkbox"/> Tối.....</p>

<p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		<p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p>Còn thể thủy tinh: <input type="checkbox"/> Có    <input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Trong    <input type="checkbox"/> Đục    <input type="checkbox"/> Vỡ    <input type="checkbox"/> Dị vật</p> <p><input type="checkbox"/> Lệch thể thủy tinh:</p> <p><input type="checkbox"/> Ra tiền phòng    <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính</p> <p><input type="checkbox"/> IOL            <input type="checkbox"/> Lệch IOL</p> <p><input type="checkbox"/> Đục bao sau</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Thể thủy tinh</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p>Còn thể thủy tinh: <input type="checkbox"/> Có    <input type="checkbox"/> Không</p> <p><input type="checkbox"/> Trong    <input type="checkbox"/> Đục    <input type="checkbox"/> Vỡ    <input type="checkbox"/> Dị vật</p> <p><input type="checkbox"/> Lệch thể thủy tinh:</p> <p><input type="checkbox"/> Ra tiền phòng    <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính</p> <p><input type="checkbox"/> IOL            <input type="checkbox"/> Lệch IOL</p> <p><input type="checkbox"/> Đục bao sau</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Trong    <input type="checkbox"/> Đục    <input type="checkbox"/> Viêm mủ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....<input type="checkbox"/> Tổ chức hóa</p> <p><input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau    <input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Dịch kính</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không quan sát được</p> <p><input type="checkbox"/> Trong    <input type="checkbox"/> Đục    <input type="checkbox"/> Viêm mủ.....</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....<input type="checkbox"/> Tổ chức hóa</p> <p><input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau    <input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p>Khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt</p> <p><b>Đĩa thị:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> C/D.....</p> <p><input type="checkbox"/> Phù gai.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bạc màu gai thị.....</p> <p><b>Võng mạc:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vết rách võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p><input type="checkbox"/> Sẹo võng mạc.....</p> <p>Khác:.....</p> <p><b>Hệ mạch:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p>.....</p> <p>Khác:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong hắc mạc    <input type="checkbox"/> Rạn màng Bruch</p> <p>Khác:</p>	<p><b>Đáy mắt</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt</p> <p><b>Đĩa thị:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> C/D.....</p> <p><input type="checkbox"/> Phù gai.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bạc màu gai thị.....</p> <p><b>Võng mạc:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p><input type="checkbox"/> Xuất huyết.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vết rách võng mạc.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dị vật.....</p> <p><input type="checkbox"/> Sẹo võng mạc.....</p> <p>Khác:.....</p> <p><b>Hệ mạch:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường    <input type="checkbox"/> Bất thường</p> <p>.....</p> <p>Khác:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Bong hắc mạc    <input type="checkbox"/> Rạn màng Bruch</p> <p>Khác:</p>

..... .....		..... .....
----------------	--	----------------

**2. Toàn thân**

Chưa có biểu hiện bệnh lý

Bệnh lý

Mạch:..... Lần/phút

Nhiệt độ:..... °C

Huyết áp:..... mmHg

Nhịp thở:..... lần/phút

Cân nặng:..... Kg

Mô tả:.....

**IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:**

**V. TÓM TẮT:**

**VI. CHẨN ĐOÁN:**

**Bệnh chính:**

MP:.....

MT:.....

**Bệnh kèm theo:**

MP:.....

MT:.....

**Phân biệt:**

MP:.....

MT:.....

**VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**

**VIII. TIÊN LƯỢNG:**

Ngày.....tháng.....năm20.....

**BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN**

Họ và tên.....

## C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

### 1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....  
.....  
MT:.....  
.....

### 2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....  
.....  
.....  
 Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

### 3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:  
.....  
- Mắt phải:  
.....  
- Mắt trái:  
.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg  
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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.....
- 9. Huyện (Q, Tx):.....
- Xã, phường:.....
- Tỉnh, thành phố:.....
- 10. Đối tượng:  BHYT  Thu phí  Miễn  Khác
- 11. Số thẻ BHYT: .....
- 12. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: .....
- 12. Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đờ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....	
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện	
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:.....	<input type="text"/>

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

**B. BỆNH ÁN**

**I. Lý do vào viện:  MP  MT**

- 1. Nhức mắt:  
 dữ dội  vừa  nhẹ  không
- 2. Nhìn:

- mờ đột ngột       mờ từng lúc       sương mù       không mờ  
 mờ tăng dần       nhìn thu hẹp       quang tán sắc  
 3. Sợ ánh sáng, chảy nước mắt:       có       không  
 4. Đỏ mắt:       có       không  
 5. Triệu chứng toàn thân:  
 đau đầu       nôn       buồn nôn       không

6. Các triệu chứng khác:.....

**II. Hỏi bệnh:.....**

**1. Quá trình bệnh:**

.....

.....

.....

.....

1.1. Cơ sở y tế đã khám và điều trị:  Trung ương       Khác.....

1.2. Phương pháp điều trị:       Phẫu thuật       Thuốc       Laser

	Mắt phải				Mắt trái			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
<i>Loại phẫu thuật Thủ thuật</i>	1. Cắt bè CGM		2. Cắt bè+CCH		3. Cắt CMS		4. Cắt CMS+CCH	
	5. Cắt MM ngoại vi		6. Van dẫn lưu		7. Quang đông TM		8. Lạnh đông TM	
	9. Sửa sẹo bong		10. Kẹt củng mạc		11. Laser MM ngoại vi		12. Laser tạo hình MM	
	13. Laser tạo hình bè		14. Khác (CB+TTT; CB+CDK-BVM ...)					
<i>Thời điểm Phẫu Thuật</i>								
<i>Nơi phẫu thuật</i>	1. Bệnh viện huyện		2. Bệnh viện tỉnh		3. Bệnh viện trung ương		4. Nơi khác	

1.3. Thuốc hạ nhãn áp đã dùng:       uống       tra mắt       tiêm  
 1 thuốc       2 thuốc       3 thuốc       4 thuốc

STT	Tên thuốc	Đường dùng	Liều dùng	Thời gian đã dùng	Ghi chú (Lý do thay cắt thuốc)

1.4. Các thuốc khác:.....

.....

**2. Tiền sử bệnh: Dị ứng**  Không       Có

**2.1. Tiền sử bệnh mắt**

Mắt phải			Mắt trái		
<input type="checkbox"/> Cận thị	<input type="checkbox"/> Viễn thị	<input type="checkbox"/> Chấn thương	<input type="checkbox"/> Cận thị	<input type="checkbox"/> Viễn thị	<input type="checkbox"/> Chấn thương
<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	



<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Vị trí:.....  <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Dẹt <input type="checkbox"/> Xơ <input type="checkbox"/> Mỏng <input type="checkbox"/> Quá phát Mô tả: ..... .....	<b>Kết mạc</b> Cương tụ Sẹo mổ cũ  Bọng dò	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Vị trí:..... <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Dẹt <input type="checkbox"/> Xơ <input type="checkbox"/> Mỏng <input type="checkbox"/> Quá phát Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường	<b>Giác mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường
<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục	Tình trạng trong suốt	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Mức độ:.....	Phù nề, bọng biểu mô	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Mức độ:.....
.....	Độ dày giác mạc	.....
.....	Đường kính Gm	.....
.....	Tủa (số lượng, vị trí)	.....
Mô tả: ..... .....		Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Vị trí:..... Mô tả: ..... .....	<b>Củng mạc</b> Dẫn lối Sẹo mổ	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Vị trí:..... Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường .....mm < 1/4. 1/4.1/2 ≥ GM 	<b>Tiền Phòng</b> Độ sâu (P.P Smith) P.p Herick Góc tiền phòng	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường .....mm < 1/4. 1/4.1/2 ≥ GM 
<input type="checkbox"/> Tân mạch góc:..... <input type="checkbox"/> Vị trí góc:..... <input type="checkbox"/> Sắc tố:..... <input type="checkbox"/> U:..... Khác:.....	Dấu hiệu khác	<input type="checkbox"/> Tân mạch góc:..... <input type="checkbox"/> Vị trí góc:..... <input type="checkbox"/> Sắc tố:..... <input type="checkbox"/> U:..... Khác:.....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường ..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Mức độ:..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<b>Mống mắt</b> Màu sắc Tình trạng thoái hóa  Tân mạch	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường ..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Mức độ:..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Mô tả:.....		Mô tả:.....
<input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo ..... ..... <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất	<b>Đồng tử</b> Đường kính Viền sắc tố Phản xạ	<input type="checkbox"/> Tròn <input type="checkbox"/> Méo ..... ..... <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Nhân <input type="checkbox"/> Vô <input type="checkbox"/> Dưới bao <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> Lệch <input type="checkbox"/> Iol <input type="checkbox"/> Không T3 <input type="checkbox"/> Khác Mô tả: ..... .....	<b>Thể thủy tinh</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Nhân <input type="checkbox"/> Vô <input type="checkbox"/> Dưới bao <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> Lệch <input type="checkbox"/> Iol <input type="checkbox"/> Không T3 <input type="checkbox"/> Khác Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Dịch kính</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi rõ ..... ..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không  <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Khuyết viền thần kinh ( <input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/> Trên <input type="checkbox"/> Mũi <input type="checkbox"/> Thái dương) ..... ..... <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Chuyển hướng <input type="checkbox"/> Gập góc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Mô tả: ..... .....	<b>Đáy mắt</b> Võng mạc Hoàng điểm Tân mạch Xuất huyết  <b>Đĩa thị giác</b> Viền thần kinh  Màu sắc C/D Mạch máu Xuất huyết Teo cạnh gai	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi rõ ..... ..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không  <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Khuyết viền thần kinh ( <input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/> Trên <input type="checkbox"/> Mũi <input type="checkbox"/> Thái dương) ..... ..... <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Chuyển hướng <input type="checkbox"/> Gập góc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Mô tả: ..... .....

## 2. Toàn thân

Chưa có biểu hiện bệnh lý

Bệnh lý

Mô tả:.....  
.....  
.....  
.....

Mạch:..... Lần/phút  
Nhiệt độ:..... °C  
Huyết áp:..... mmHg  
Nhịp thở:..... lần/phút  
Cân nặng:..... Kg

## IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

.....  
.....

.....  
**V. TÓM TẮT:**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VI. CHẨN ĐOÁN:**

**Bệnh chính:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Bệnh kèm theo:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Phân biệt:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**  
.....  
.....  
.....

**VIII. TIÊN LƯỢNG:**  
.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....

**BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN**

Họ và tên.....

# C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

## 1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....  
.....  
MT:.....  
.....

## 2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....  
.....  
.....  
 Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

## 3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:  
.....  
- Mắt phải:  
.....  
- Mắt trái:  
.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg  
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

## 4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: .....

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

- 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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20..... <input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... Bệnh kèm theo:..... Biến chứng: .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đờ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. BỆNH ÁN

### I. Lý do vào viện:

 MP MT Mờ Nhức Mờ Nhức

### II. Hỏi bệnh:.....

#### 1. Quá trình bệnh lý: ( khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v.)

- Thời gian xuất hiện bệnh:  Mờ từ từ  Mờ đột ngột
- Nguyên nhân (nếu có):.....
- Các phương pháp đã điều trị:  Chưa điều trị  Đã điều trị thuốc  Khác:.....

#### 2. Tiền sử bệnh:

- **Bản thân:**
  - + Dị ứng:  Không  Có.....
  - + Tại mắt:  Không  Có.....
  - + Toàn thân:  Chưa ghi nhận bất thường  Đái tháo đường  Tăng huyết áp
- **Gia đình:**  Chưa ghi nhận bất thường  Bất thường.....

### III. Khám bệnh:

#### 1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
Không kính:..... Kính lỗ:..... Chỉnh kính:.....	<b>Thị lực</b>	Không kính:..... Kính lỗ:..... Chỉnh kính:.....
.....mmHg	<b>Nhãn áp</b> .....	.....mmHg
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Hốc mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Tình trạng nhãn cầu</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<b>Vận nhãn</b>  <b>Lé (lác)</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Lệ đạo</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Mi mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Kết mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Giác mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Củng mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả: ..... .....	<b>Tiền Phòng</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả: ..... .....	<b>Mống mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả: ..... .....	<b>Đồng tử (<i>Phản xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...</i>)</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không quan sát được Mô tả: ..... .....
<b>Thể thủy tinh:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục nhân <input type="checkbox"/> Đục vỏ <input type="checkbox"/> Đục dưới bao sau <input type="checkbox"/> Chấn thương <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Độ 4 <input type="checkbox"/> Độ 5 <b>Lịch thể thủy tinh:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bẩm sinh <input type="checkbox"/> Chấn thương <input type="checkbox"/> Khác ..... <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <b>IOL:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Cân <input type="checkbox"/> Lệch Đục bao sau: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <b>Khác:</b> .....	<b>Thể thủy tinh</b>	<b>Thể thủy tinh:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không quan sát được <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục nhân <input type="checkbox"/> Đục vỏ <input type="checkbox"/> Đục dưới bao sau <input type="checkbox"/> Chấn thương <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Độ 4 <input type="checkbox"/> Độ 5 <b>Lịch thể thủy tinh:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bẩm sinh <input type="checkbox"/> Chấn thương <input type="checkbox"/> Khác ..... <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <b>IOL:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Cân <input type="checkbox"/> Lệch Đục bao sau: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <b>Khác:</b> .....
<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Không quan sát được <b>Tổn thương khác:</b> .....	<b>Dịch kính</b>	<input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Không quan sát được <b>Tổn thương khác:</b> .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt Mô tả: ..... .....	<b>Đáy mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được đáy mắt Mô tả: ..... .....

**2. Toàn thân**

Chưa có biểu hiện bệnh lý

Bệnh lý

Mạch:..... Lần/phút

Nhiệt độ:..... °C

Huyết áp:..... mmHg

Nhịp thở:.....lần/phút

Cân nặng:..... Kg

Mô tả:.....  
.....  
.....  
.....

**IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:**

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

**V. TÓM TẮT:**

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

**VI. CHẨN ĐOÁN:**

**Bệnh chính:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Bệnh kèm theo:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Phân biệt:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**VII.HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**

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

**VIII. TIÊN LƯỢNG:**

.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....

**BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN**

Họ và tên.....

### C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

#### 1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....

MT:.....

#### 2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....

Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

#### 3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:

- Mắt phải:

- Mắt trái:

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

#### 4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: .....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

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

# BỆNH ÁN MẮT (ĐÁY MẮT)

MS: CK-05

## A. THÔNG TIN CHUNG

### I. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên (*In hoa*): .....
- Ngày sinh:...../...../..... Tuổi:
- Giới tính:  Nam  Nữ
- Điện thoại: .....
- Nghề nghiệp: .....
- Dân tộc: .....
- Quốc tịch: .....
- Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố.....  
Xã, phường:.....
- Huyện (Q, Tx):.....
- Tỉnh, thành phố:.....
- Đối tượng:  BHYT  Thu phí  Miễn  Khác
- Số thẻ BHYT: .....
- Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: .....
- Họ và tên thân nhân của NB khi cần báo tin:..... Điện thoại:.....

### II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác Khoa                      Giờ                      Ngày                      Số ngày	7. Nơi chuyển đi:..... Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>
4. Vào khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....
5. Chuyển khoa: <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/> <input type="text"/> ...../...../20..... <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn <input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	

### III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

1. Chẩn đoán vào viện:..... <input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện: Bệnh chính:..... <input type="text"/> Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> Biến chứng: ..... <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính

### IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

<input type="checkbox"/> Khỏi <input type="checkbox"/> Đỡ <input type="checkbox"/> Không thay đổi <input type="checkbox"/> Nặng hơn <input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Chưa xác định

### V. TÌNH HÌNH TỬ VONG

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện <input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Lãnh đạo khoa  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Đại diện cơ sở KB, CB  
(Ký, đóng dấu)

## B. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:.....

1. Quá trình bệnh lý: ( khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v..)

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

2. Tiền sử bệnh:

+ Dự ứng :  Không       Có

+ Tại mắt:.....

.....  
.....

+ Toàn thân:.....

.....  
.....

+ Gia đình:.....

.....  
.....

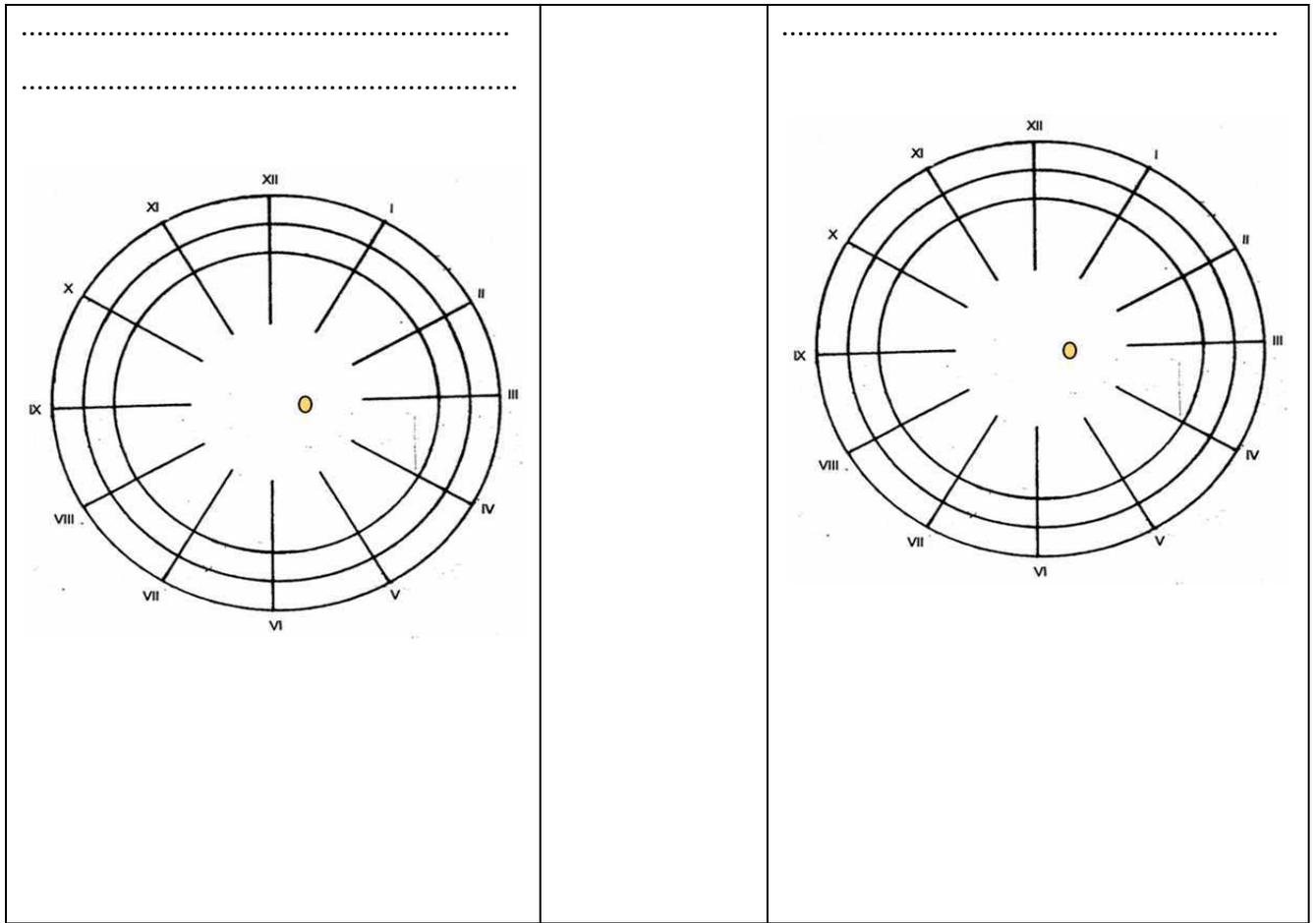
III. Khám bệnh:

1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
	<b>Thị lực</b> Không kính Có kính	
	<b>Nhãn áp</b> .....	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Hốc mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Tình trạng nhãn cầu</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Vận nhãn</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Lệ đạo</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Mi mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Giác mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Củng mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường: Mô tả:..... ..... .....	<b>Tiền Phòng</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường: Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Mống mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Đông tử</b> ( <i>Phản xạ, hình  dạng, kích  thước, ánh  đồng tử...</i> )	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....	<b>Thể thủy tinh</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... .....

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được Mô tả:..... ..... .....	<b>Dịch kính</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được Mô tả:..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được <b>Đĩa thị:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... ..... <b>Hoàng điểm:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... ..... <b>Võng mạc ngoài hoàng điểm:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... ..... <b>Động mạch:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... ..... <b>Tĩnh mạch:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... .....	<b>Đáy mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <input type="checkbox"/> Không soi được <b>Đĩa thị:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... ..... <b>Hoàng điểm:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... ..... <b>Võng mạc ngoài hoàng điểm:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... ..... <b>Động mạch:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... ..... ..... <b>Tĩnh mạch:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả:..... .....



**3. Toàn thân**

Chưa có biểu hiện bệnh lý

Bệnh lý

Mô tả:.....  
 .....  
 .....

Mạch: ..... Lần/phút  
 Nhiệt độ: ..... °C  
 Huyết áp: ..... mmHg  
 Nhịp thở: ..... lần/phút  
 Cân nặng: ..... Kg

**IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:**

.....  
 .....

**V. TÓM TẮT:**

.....  
 .....

**VI. CHẨN ĐOÁN:**

**Bệnh chính:**

MP:.....  
 .....

MT:.....  
 .....

**Bệnh kèm theo:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Phân biệt:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**

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

**VIII. TIÊN LƯỢNG:**

.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....

**BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN**

Họ và tên.....

# C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

## 1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....  
.....  
MT:.....  
.....

## 2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....  
.....  
.....  
 Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

## 3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:  
.....  
- Mắt phải:  
.....  
- Mắt trái:  
.....  
Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg  
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

## 4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: .....

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

**A. THÔNG TIN CHUNG**

**I. HÀNH CHÍNH**

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:.....

**II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH**

1. Vào viện: ..... ngày...../...../20.....	3. Nơi chuyển đến:.....																				
2. Tiếp nhận từ: <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Khoa KB <input type="checkbox"/> Đơn vị khác	Mã cơ sở KB, CB chuyển đến <input type="text"/>																				
<table border="1"><thead><tr><th>Khoa</th><th>Giờ</th><th>Ngày</th><th>Số ngày</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td>.....</td><td>...../...../20.....</td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>	7. Nơi chuyển đi:.....
Khoa	Giờ	Ngày	Số ngày																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
<input type="text"/>	.....	...../...../20.....	<input type="text"/>																		
4. Vào khoa: <input type="text"/>	Mã cơ sở KB, CB chuyển đi <input type="text"/>																				
5. Chuyển khoa: <input type="text"/>	8. Ra viện: ..... ngày...../...../20.....																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ra viện <input type="checkbox"/> Xin ra viện <input type="checkbox"/> Trốn viện																				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu chuyên môn																				
6. Tổng số ngày điều trị: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Chuyển viện theo yêu cầu người bệnh																				

**III. CHẨN ĐOÁN**

**MÃ**

1. Chẩn đoán vào viện:.....	<input type="text"/>
2. Chẩn đoán ra viện:	
Bệnh chính:.....	<input type="text"/>
Bệnh kèm theo:.....	<input type="text"/>
Biến chứng: .....	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Thủ thuật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật; Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): <input type="checkbox"/> Lành tính <input type="checkbox"/> Nghi ngờ <input type="checkbox"/> Ác tính	

**IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN**

<input type="checkbox"/> Khỏi	<input type="checkbox"/> Đỡ	<input type="checkbox"/> Không thay đổi	<input type="checkbox"/> Nặng hơn	<input type="checkbox"/> Tiên lượng nặng xin về
<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Chưa xác định			

**V. TÌNH HÌNH TỬ VONG**

1. Tử vong lúc ..... : ....., ngày ...../...../20.....
2. Thời điểm tử vong: <input type="checkbox"/> Trước khi vào viện <input type="checkbox"/> Trong 24 giờ kể từ khi vào viện
<input type="checkbox"/> Sau 24 giờ kể từ khi vào viện
3. Nguyên nhân chính gây tử vong:..... <input type="text"/>

**Lãnh đạo khoa**  
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Đại diện cơ sở KB, CB**  
(Ký, đóng dấu)

## B. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:..... Vào ngày thứ..... của bệnh

II. Hỏi bệnh:.....

### 1. Quá trình bệnh lý: ( khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến dưới v.v..)

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

### 2. Tiền sử bệnh:

+ Dự ứng :  Không       Có

+ Tại mắt:.....

.....  
.....

+ Toàn thân:.....

.....  
.....

+ Gia đình:.....

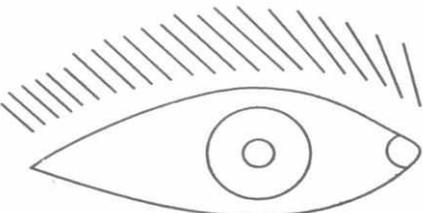
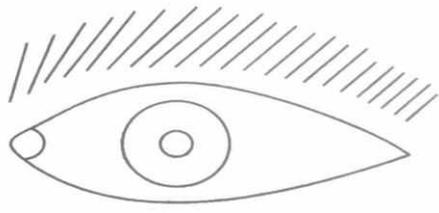
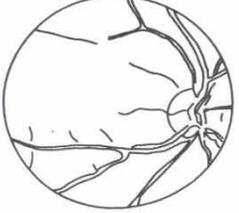
.....

## III. Khám bệnh:

### 1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẦN	MẮT TRÁI
	<b>Thị lực</b> Không kính Có kính	
	<b>Nhãn áp</b> .....	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Hốc mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Tình trạng nhãn cầu</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Vận nhãn</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Lệ đạo</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường	<b>Mi mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường

Mô tả: ..... .....		Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Kết mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <b>Ghép giác mạc:</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Mô tả: ..... <b>Biểu mô:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <b>Nhu mô:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <b>Nội mô và Descemet:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <b>Cảm giác GM:</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Giác mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường <b>Ghép giác mạc:</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Mô tả: ..... <b>Biểu mô:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <b>Nhu mô:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <b>Nội mô và Descemet:</b> <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <b>Cảm giác GM:</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Củng mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<b>Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT):</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có.....Giây <b>Chiều cao liềm nước mắt:</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> cao <input type="checkbox"/> thấp <input type="checkbox"/> Bình thường <b>Test Schirmer I:</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có.....mm Mô tả: ..... .....	<b>Đánh giá nước mắt</b>	<b>Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT):</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có.....Giây <b>Chiều cao liềm nước mắt:</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> cao <input type="checkbox"/> thấp <input type="checkbox"/> Bình thường <b>Test Schirmer I:</b> <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có .....mm Mô tả: ..... .....

	<b>Hình vẽ mô tả</b>	
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Tiền Phòng</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Móng mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Đồng tử (Phần xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Thể thủy tinh</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Dịch kính</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
 <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Đáy mắt</b>	 <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....

**2. Toàn thân**

Chưa có biểu hiện bệnh lý

Bệnh lý

Mô tả:.....  
.....  
.....  
.....

Mạch:..... Lần/phút  
Nhiệt độ:..... °C  
Huyết áp:..... mmHg  
Nhịp thở.....lần/phút  
Cân nặng:..... Kg

**IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:**

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

**V. TÓM TẮT:**

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

**VI. CHẨN ĐOÁN:**

**Bệnh chính:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Bệnh kèm theo:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**Phân biệt:**

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

**VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**

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

**VIII. TIÊN LƯỢNG:**

.....  
.....

Ngày.....tháng.....năm20.....

**BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN**

Họ và tên.....

## C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

### 1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....  
.....  
MT:.....  
.....

### 2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....  
.....  
.....  
 Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

### 3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:  
.....  
- Mắt phải:  
.....  
- Mắt trái:  
.....  
Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg  
Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:.....

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....  
**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)



## B. BỆNH ÁN

### I. Lý do vào viện:

1. Không muốn sử dụng kính
2. Công việc không cho phép sử dụng kính
3. Không muốn đeo sử dụng kính tiếp xúc
4. Thăm mỹ
5. Khác

### II. Hỏi bệnh:.....

#### 1. Quá trình bệnh lý:

- Thời điểm phát hiện tật khúc xạ: .....

-  Chưa điều trị tật khúc xạ  Đã điều trị tật khúc xạ

Bằng phương pháp:

đeo kính gọng  đeo kính tiếp xúc mềm

đeo kính tiếp xúc cứng ban ngày  Đeo kính tiếp xúc cứng ban đêm (OrthoK)

Đã đeo kính tiếp xúc trong bao lâu? .....

Đã dừng đeo kính tiếp xúc chưa?  Đã dừng  Chưa dừng

Đã dừng đeo kính tiếp xúc cách thời điểm hiện tại bao lâu? .....

- Thời gian ổn định khúc xạ:  dưới 6 tháng  trên 6 tháng

#### 2. Tiền sử bệnh:

**Bản thân:**

- Dị ứng:  Không  Có.....

- Bệnh mắt:  Không  Có.....

- Phẫu thuật tại mắt:  Không  Có.....

Phẫu thuật khúc xạ:  Không  Có Phương pháp phẫu thuật:.....

Phẫu thuật thể thủy tinh:  Không  Có Phương pháp phẫu thuật:.....

Phẫu thuật khác:  Không  Có Phương pháp phẫu thuật:.....

**Toàn thân:**  Chưa ghi nhận bất thường  Đái tháo đường  Tăng huyết áp  Khác.....

Đang sử dụng thuốc toàn thân:  Không  Có Thuốc gì:.....

Đang mang thai:  Không  Có

Đang cho con bú:  Không  Có

**Gia đình:**  Chưa ghi nhận bất thường  Bất thường.....

### III. Khám bệnh:

#### 1. Bệnh Mắt:

MẮT PHẢI	BỘ PHẬN	MẮT TRÁI
Không kính:..... Số kính đang đeo:..... Thị lực kính đang đeo:..... KX sau liệt điều tiết:..... Chỉnh kính tối ưu:..... TL kính tối ưu:..... Thị giác hai mắt:.....	<b>Thị lực và khúc xạ</b>	Không kính:..... Số kính đang đeo:..... Thị lực kính đang đeo:..... KX sau liệt điều tiết:..... Chỉnh kính tối ưu:..... TL kính tối ưu:..... Thị giác hai mắt:.....
.....mmHg	<b>Nhãn áp</b> .....	.....mmHg

<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Hốc mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Tình trạng nhãn cầu</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	<b>Vận nhãn</b>  <b>Lé (lác)</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Lệ đạo</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Mi mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Kết mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Chiều dày giác mạc trung tâm:..... Công suất giác mạc:..... Mô tả: ..... .....	<b>Giác mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Chiều dày giác mạc trung tâm:..... Công suất giác mạc:..... Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Củng mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Tiền phòng</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Móng mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Đồng tử (Phần xạ, hình dạng, kích thước, ánh đồng tử...)</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....	<b>Thể thủy tinh</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: .....

..... .....		..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Dịch kính</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....
<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....	<b>Đáy mắt</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bất thường Mô tả: ..... .....

**2. Toàn thân**

Chưa có biểu hiện bệnh lý       Bệnh lý  
Mô tả:.....

Mạch:..... Lần/phút  
Nhiệt độ:..... °C  
Huyết áp:..... mmHg  
Nhịp thở:.....lần/phút  
Cân nặng:..... Kg

**IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:**

**V. TÓM TẮT:**

**VI. CHẨN ĐOÁN:**

**Bệnh chính:**

MP:.....  
MT:.....

**Bệnh kèm theo:**

MP:.....  
MT:.....

**Phân biệt:**

MP:.....  
MT:.....

**VII. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ:**

**VIII. TIÊN LƯỢNG:**

Ngày.....tháng.....năm20.....

**BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN**

## C. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

### 1. Chẩn đoán khi ra viện

MP:.....  
.....

MT:.....  
.....

### 2. Phương pháp điều trị (tương ứng với chẩn đoán):

Nội khoa:  Không  Có, ghi rõ:.....  
.....  
.....  
.....

Phẫu thuật  Thủ thuật thực hiện trên phòng phẫu thuật

### 3. Tình trạng ra viện

- Toàn trạng:  
.....  
.....

- Mắt phải:  
.....  
.....

- Mắt trái:  
.....  
.....

Thị lực ra viện: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... mmHg

Thị lực chỉnh kính MP:..... MT:..... MT:..... mmHg

### 4. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: .....

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

Ngày.....tháng.....năm 20.....

**Bác sỹ điều trị**  
(Ký, ghi rõ họ tên)