

Sở Y tế:
Bệnh viện:
Khoa:Giường:.....

BỆNH ÁN TAI - MŨI - HỌNG

Số lưu trữ:
Mã YT/...../...../.....

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa): 2. Sinh ngày: Tuổi
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: 6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
10. BHYT giá trị đến ngàytháng.....năm..... Số thẻ BHYT
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
Điện thoại số.....

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../..... 13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th/ năm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Số ngày DT <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../.....	17. Chuyển viện: 1.Tuyển trên <input type="checkbox"/> 2.Tuyển dưới <input type="checkbox"/> 3.CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4.Đưa về <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyên đến: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 21. KKB, Cấp cứu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 22.Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1.Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2.Do gây mê <input type="checkbox"/> 3.Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4.Khác <input type="checkbox"/>	25. Ra viện: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh chính: (tổn thương) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (nguyên nhân): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh kèm theo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Chẩn đoán trước phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Chẩn đoán sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 24. Tổng số lần phẫu thuật <input type="text"/> <input type="text"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị <input type="checkbox"/> 1. Khôi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đờ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: giờ.....ph ngày..... tháng năm 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2.Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2.Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2.Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3.Ác tính <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Giám đốc bệnh viện

Ngày tháng năm
Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A- 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:

+ Bản thân: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt v.v...)

.....
.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng	<input type="checkbox"/>	04	- Thuốc lá	<input type="checkbox"/>
02	- Ma túy	<input type="checkbox"/>	05	- Thuốc lào	<input type="checkbox"/>
03	- Rượu bia	<input type="checkbox"/>	06	- Khác	<input type="checkbox"/>

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...)

.....
.....

III-Khám bệnh:

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

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

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	⁰ C
Huyết áp	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặngkg

2. Bệnh chuyên khoa:

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

Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện

Màng nhĩ phải

Màng nhĩ trái

Mũi Trước

Mũi sau

.....
.....

Thanh quản

Họng

Cổ nghiêng phải

Cổ nghiêng trái

3. Các cơ quan:

+ Tâm thần, thần kinh:

+ Tuần hoàn:

+ Hô hấp:

+ Tiêu hoá:

+ Da và mô dưới da:

+ Cơ -Xương -Khớp:

+ Tiết niệu- Sinh dục:

+ Khác:

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

5. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

+ Bệnh chính:

+ Bệnh kèm theo (nếu có):

+ Phân biệt:

V. Tiên lượng:

VI. Hướng dẫn điều trị:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

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

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

3. Phương pháp điều trị:

- Phẫu thuật - Thủ thuật

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

4. Tình trạng người bệnh ra viện

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

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ: Họ tên.....	Ngày.....tháng.....năm..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Người nhận hồ sơ: Họ tên.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			