

Sở Y tế: .....

Số lưu trữ: .....

Bệnh viện: .....

# BỆNH ÁN TRUYỀN NHIỄM

Mã YT ...../...../...../.....

Khoa: .....Giường.....

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

## III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyên đến: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23. Ra viện:
21. KKB, Cấp cứu: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: .....
22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
+ Thủ thuật: <input type="checkbox"/> + Phẫu thuật: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo .....
	..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	+ Tai biến: <input type="checkbox"/> + Biến chứng: <input type="checkbox"/>

## IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

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

Ngày ..... tháng ..... năm .....

**Giám đốc bệnh viện**

**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"/>	(dị nguyên)	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...).

.....

.....

3. Dịch tễ: .....

- Bệnh cấp tính đang lưu hành ở: .....

.....

.....

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

.....

..... Thời gian:.....

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

.....

.....

### 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.....	<sup>0</sup> C
Huyết áp .....	mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng .....	.kg

### 2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn: .....

.....

.....

+ Hô hấp:.....

+ Tiêu hoá:.....

+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục: .....

+ Thần Kinh: .....

+ Cơ- Xương- Khớp:.....

+ Tai- Mũi- Họng, Răng-Hàm-Mặt, Mắt, Nội tiết, Dinh dưỡng và các bệnh lý khác: .....

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

**4. 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 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: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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:	Ngày.....tháng.....năm..... <b>Bác sỹ điều trị</b>
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	Họ tên .....
- CT Scanner		<b>Người nhận hồ sơ:</b>	
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			