BỘ Y TẾ	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**
Số: 3730 /QĐ - BYT	*Hà Nội, ngày 05 tháng 08 năm 2021*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành sửa đổi, bổ sung mẫu hồ sơ bệnh án phục hồi chức năng và một số mẫu phiếu Phục hồi chức năng

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12 ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28 tháng 09 năm 2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành mẫu hồ sơ, bệnh án;

Theo Biên bản họp Hội đồng nghiệm thu mẫu hồ sơ bệnh án Phục hồi chức năng được thành lập theo Quyết định số 2981/QĐ-BYT ngày 13/7/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

LuatVietnam

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này sửa đổi, bổ sung 03 mẫu hồ sơ bệnh án Phục hồi chức năng và 03 mẫu phiếu Phục hồi chức năng. Mẫu hồ sơ bệnh án và mẫu phiếu Phục hồi chức năng này được áp dụng trong các Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi cả nước.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực sau 15 ngày kể từ ngày ký ban hành, sửa đổi, bổ sung quy định mẫu bệnh án điều dưỡng – phục hồi chức năng và một số biểu mẫu hồ sơ bệnh án, mẫu phiếu quy định tại Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28 tháng 09 năm 2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành mẫu hồ sơ, bệnh án.

Điều 3. Giao Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế chịu trách nhiệm hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện mẫu hồ sơ bệnh án Phục hồi chức năng này tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng, Vụ trưởng thuộc Bộ Y tế và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

LuatVietnam

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Các Thứ trưởng;
- Các Bệnh viện, Viện có giường bệnh thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các Bộ/ngành;
- Sở Y tế các tỉnh/Tp trực thuộc Trung ương;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Trường Sơn

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG MẪU HỒ SƠ VÀ CÁC BIỂU MẪU HỒ SƠ BỆNH ÁN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3730 /BYT-KCB ngày05tháng08năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Quy định tại Phụ lục số 1 ban hành kèm theo Quyết định này gồm mẫu hồ sơ bệnh án Phục hồi chức năng (PHCN) và các mẫu phiếu số 1,2,3 sử dụng tại các Bệnh viện PHCN/Trung tâm/Khoa PHCN của các cơ sở khám, chữa bệnh có thực hiện hình thức PHCN nội trú và nội trú ban ngày.

2. Quy định tại Phụ lục số 2 ban hành kèm theo Quyết định này gồm mẫu hồ sơ bệnh án Phục hồi chức năng nhi và các mẫu phiếu số 1,2,3 sử dụng tại các Bệnh viện PHCN/Trung tâm/Khoa PHCN của các cơ sở khám, chữa bệnh có thực hiện hình thức PHCN nội trú, nội trú ban ngày và ngoại trú đối với đối tượng là trẻ em.

3. Quy định tại phụ lục số 3 ban hành kèm theo Quyết định này gồm mẫu hồ sơ bệnh án Phục hồi chức năng ngoại trú và các mẫu phiếu số 2,3 sử dụng chung cho tất cả các cơ sở Khám chữa bệnh có sử dụng kỹ thuật PHCN theo hình thức ngoại trú (không áp dụng đối với đối tượng là trẻ em).

4. Quy định tại Phụ lục số 4 ban hành kèm theo Quyết định này gồm các mẫu phiếu số 1,2,3 sử dụng kèm theo các bệnh án của các chuyên khoa khác (Ví dụ: Nội, Ngoại, Sản, Lão khoa, Tâm thần, Hồi sức tích cực…) của các cơ sở khám, chữa bệnh có thực hiện hình thức PHCN nội trú hoặc nội trú ban ngày hoặc ngoại trú có sử dụng kỹ thuật PHCN.

LuatVietnam

5. Việc chỉ định PHCN thực hiện theo quy định tại mẫu Phiếu khám và chỉ định PHCN (Mẫu phiếu số 2) ban hành kèm theo Quyết định này, hoặc có thể sử dụng Phiếu khám chuyên khoa, hoặc sử dụng Tờ điều trị theo quy định hiện hành nhưng phải ghi đầy đủ các thông tin như mẫu phiếu số 2.

6. Việc thực hiện kỹ thuật PHCN theo quy định tại mẫu phiếu số 3 ban hành kèm theo quyết định này hoặc có thể sử dụng mẫu phiếu khác theo quy định hiện hành nhưng phải ghi đầy đủ các thông tin như mẫu phiếu số 3.

7. Các mẫu phiếu và giấy tờ khác (Ví dụ: Phiếu xét nghiệm, Phiếu chụp X quang, Siêu âm; Giấy ra viện, Trích biên bản Hội chẩn…) thực hiện theo quy định hiện hành.

8. Căn cứ nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh, PHCN của người dân trên địa bàn, thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, nhân lực và yêu cầu chuyên sâu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể xem xét bổ sung thêm nội dung cần thiết vào Hồ sơ hoặc các mẫu phiếu hoặc bổ sung thêm các mẫu phiếu PHCN khác trình cấp có thẩm quyền phê duyệt theo quy định.

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN….. **TÊN CƠ SỞ PHCN/BV…**	**Số lưu trữ: ……** **Mã hồ sơ…….** **Mã Người bệnh……..** **Chuyển khoa……..** **Ngày chuyển**……..

BỆNH ÁN

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

NỘI TRÚ ☐

NỘI TRÚ BAN NGÀY ☐

KHOA ……..

HỌ VÀ TÊN *(chữ in hoa)***:**…….....

1. Nam ☐ **2. Nữ** ☐ **Sinh năm**…… **Tuổi**.....

Địa chỉ: ……

Ngày vào viện:……..**Ra viện** ……..

Bìa bệnh án: Bìa cứng

Thứ tự dán trong hồ sơ	
1. Phiếu khám bệnh vào viện 2. Giấy chuyển viện 3. Giấy cam đoan chấp nhận Phẫu thuật, Thủ thuật & Gây mê Hồi sức 4. Giấy chứng nhận phẫu thuật 5. Giấy khám chữa bệnh theo yêu cầu 6. Giấy thử phản ứng thuốc 7. Phiếu theo dõi dị ứng thuốc 8. Giấy chứng nhận thương tích 9. Phiếu chăm sóc 10. Phiếu theo dõi chức năng sống 11. Phiếu theo dõi chuyển dạ đẻ (Biểu đồ chuyển dạ đẻ) 12. Phiếu khám chuyên khoa 13. Phiếu gây mê hồi sức 14. Phiếu phẫu thuật, thủ thuật 15. Phiếu lĩnh và phát máu 16. Phiếu truyền máu 17. Phiếu theo dõi truyền dịch 18. Phiếu sơ kết 15 ngày điều trị 19. Phiếu chiếu, chụp X quang 20. Phiếu chụp cắt lớp vi tính 21. Phiếu chụp cộng hưởng từ 22. Phiếu siêu âm 23. Phiếu điện tim 24. Phiếu điện não 25. Phiếu nội soi 26. Phiếu đo chức năng hô hấp 27. Phiếu xét nghiệm 28. Phiếu xét nghiệm huyết học 29. Phiếu xét nghiệm huyết – tuỷ đồ 30. Phiếu xét nghiệm chẩn đoán rối loạn đông cầm máu 31. Phiếu xét nghiệm sinh thiết tuỷ xương 32. Phiếu xét nghiệm dịch 33. Phiếu xét nghiệm hoá sinh máu 34. Phiếu xét nghiệm hoá sinh nước tiểu, phân, dịch chọc dò	35. Phiếu xét nghiệm vi sinh 36. Phiếu xét nghiệm giải phẫu bệnh sinh thiết 37. Phiếu xét nghiệm giải phẫu bệnh khám nghiêm tử thi 38. Phiếu thanh toán ra viện 39. Tờ điều trị 40. Trích biên bản hội chẩn 41. Trích biên bản kiểm điểm tử vong 42. Phiếu lượng giá chức năng và sự tham gia 43. Phiếu chỉ định điều trị PHCN 44. Phiếu thực hiện kỹ thuật PHCN 45. Phiếu/giấy tờ khác: ....

Bìa bệnh án: Bìa cứng

QUY ĐỊNH VỀ HỒ SƠ BỆNH ÁN

II. Trích Điều 59. Hồ sơ bệnh án của Luật Khám bệnh , chữa bệnh số: 40/2009/QH12 năm 2009)

1. Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý; mỗi người bệnh chỉ có một hồ sơ bệnh án trong mỗi lần khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Việc lập hồ sơ bệnh án được quy định như sau:

a) Người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đều phải được lập hồ sơ bệnh án;

b) Hồ sơ bệnh án được lập bằng giấy hoặc bản điện tử và phải được ghi rõ, đầy đủ các mục có trong hồ sơ bệnh án;

c) Hồ sơ bệnh án bao gồm các tài liệu, thông tin liên quan đến người bệnh và quá trình khám bệnh, chữa bệnh;

3. Việc lưu trữ hồ sơ bệnh án được quy định như sau:

a) Hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo các cấp độ mật của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước;

b) Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú được lưu trữ ít nhất 10 năm; hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt được lưu trữ ít nhất 15 năm; hồ sơ bệnh án đối với người bệnh tâm thần, người bệnh tử vong được lưu trữ ít nhất 20 năm;

c) Trường hợp lưu trữ hồ sơ bệnh án bằng bản điện tử, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có bản sao dự phòng và thực hiện theo các chế độ lưu trữ quy định tại điểm a và điểm b khoản này.

4. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc cho phép khai thác hồ sơ bệnh án trong các trường hợp sau đây:

a) Sinh viên thực tập, nghiên cứu viên, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc công tác chuyên môn kỹ thuật;

b) Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế trực tiếp quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành y tế, cơ quan bảo hiểm, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ nhiệm vụ được giao theo thẩm quyền cho phép;

LuatVietnam

c) Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được nhận bản tóm tắt hồ sơ bệnh án theo quy định tại khoản 1 Điều 11 của Luật này.

5. Các đối tượng quy định tại khoản 4 Điều này khi sử dụng thông tin trong hồ sơ bệnh án phải giữ bí mật và chỉ được sử dụng đúng mục đích như đã đề nghị với người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

II. Quy chế Hồ sơ bệnh án….*(ghi trích nội dung quy chế Hồ sơ bệnh án)*

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện/Trung tâm: .....
Khoa: .....
Buồng .....Giường.....

BỆNH ÁN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Số vào viện:.....
Số lưu trữ: .....
Mã NB.....
Mã YT: .....

Nội trú ☐ **Nội trú ban ngày** ☐

I. HÀNH CHÍNH:

Tuổi ☐☐

1. Họ và tên *(In hoa):* ..... 2. Sinh ngày: ☐☐☐☐☐☐☐
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* ☐ *Thu phí* ☐ *Miễn* ☐ *Khác* ☐
10. BHYT giá trị sử dụng từ ngày .....tháng.... năm .....Số thẻ BHYT ☐☐☐☐
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....
..... Điện thoại số .....
* Giấy CN khuyết tật: *a) Không có* ☐ *b) Có* ☐ *(Dạng khuyết tật*.....; *Mức độ KT:*.....*)*

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện: ..... giờ.....ph ngày...../...../.....
13 Trực tiếp vào: *1.Cấp cứu* ☐ *2.KKB* ☐ *3.Khoa điều trị* ☐

14.Nơi giới thiệu: *1.Cơ quan y tế* ☐ *2.Tự đến* ☐ *3.Khác* ☐
- Vào viện do bệnh này lần thứ ☐

Khoa ng / th / năm Số ngày ĐTr

15. Vào khoa ☐.....Giờ.....phút...../...../..... ☐☐
16. Chuyển ☐ .....Giờ.....phút...../...../..... ☐☐
Khoa ☐ .....Giờ.....phút...../...../..... ☐☐
☐ .....Giờ.....phút...../...../..... ☐☐

17. Chuyển viện: *1.Tuyến trên* ☐ *2.Tuyến dưới* ☐ *3.CK* ☐
- Chuyển đến .....
.....
18. Ra viện: ..... giờ ..... ngày ...../...../.....
1. Ra viện ☐ *2. Xin về* ☐ *3. Bỏ về* ☐ *4.Đưa về* ☐
19. Tổng số ngày điều trị..... ☐☐☐

III. CHẨN ĐOÁN

	MÃ		MÃ
20. Nơi chuyển đến:	☐☐☐☐	23. Ra viện:	
21. KKB, Cấp cứu:	☐☐☐☐	+ Bệnh chính:	☐☐☐☐
22. Khi vào khoa điều trị.....	☐☐☐☐	+ Bệnh kèm theo	☐☐☐☐
+ Thủ thuật: ☐ + Phẫu thuật: ☐		+ Tai biến: ☐ + Biến chứng: ☐	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

24. Kết quả điều trị
1. Khỏi ☐ *4. Nặng hơn* ☐
2. Đỡ, giảm ☐ *5. Tử vong* ☐
3. Không thay đổi ☐
25. Giải phẫu bệnh *(khi có sinh thiết):*
1. Lành tính ☐ *2.Nghi ngờ* ☐ *3.Ác tính* ☐

26. Tình hình tử vong: ..... giờ.....ph ngày..... tháng ..... năm .....
1. Do bệnh ☐ *2.Do tai biến điều trị* ☐ *3. Khác* ☐
1. Trong 24 giờ vào viện ☐ *2.Sau 24 giờ vào viện* ☐
27. Nguyên nhân chính tử vong: ..... ☐☐☐☐
28. Khám nghiệm tử thi: ☐ 29. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: ..... ☐☐☐☐

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Giám đốc bệnh viện **Trưởng khoa**

Họ và tên ..... Họ và tên .....

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN: .....

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý *(khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến trước ...)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh *(chú ý các yếu tố bệnh lý liên quan đến khuyết tật nếu có):*

+ Dị ứng:.....

+ Bản thân.....

.....

.....

+ Gia đình.....

.....

.....

III. KHÁM BỆNH

1. Toàn thân *(ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp...)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mạch: .....lần/ph
Nhiệt độ:.....^{o}C
Huyết áp: ...../.....mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặng.....kg
Chiều cao.....cm
Chỉ số BMI.....

2. Tình trạng đau *(Mô tả vị trí, tính chất, mức độ...)*

.....

.....

.....

.....

3. Các cơ quan

3.1. Tâm thần, thần kinh: *(Tri giác; vận động; cảm giác; phản xạ gân xương, phản xạ da, phản xạ bệnh lý; trương lực cơ; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợp; hội chứng tiểu não; hội chứng ngoại tháp; các hội chứng tâm thần, thần kinh khác...)*

LuatVietnam

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2. Cơ xương khớp, cột sống *(hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp; thử cơ bằng tay....)*

.....

.....

.....

.....

.....

3.3. Các chuyên khoa khác *(tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tiết niệu, sinh dục…)*

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

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG

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

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

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

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

+ Bệnh, tật chính: .....
+ Bệnh, tật kèm theo (nếu có): .....
+ Phân biệt: .....

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.....

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 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)*

LuatVietnam

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

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

(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

MS: .....
Số vào viện .....

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: .....Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. 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....)*

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

1.2. 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...)*

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

1.3. Nhận thức, giao tiếp (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)*

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

1.4. 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,...)*

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

MS: .....
Số vào viện .....

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: .....Buồng:.....Giường:.....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN

.....

.....

.....

.....

.....

. .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Chẩn đoán: .....

.....

.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN *(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…)*

.....

.....

.....

.....

.....

. .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Bác sỹ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Tờ số.....

MS: .....
Số vào viện .....

- Họ tên người bệnh: ..... Năm sinh/ Tuổi: ..... Nam/Nữ.....
- Khoa: .....Số buồng:.....Số giường:.....
- Chẩn đoán: .....

Ngày giờ	Mô tả diễn biến bệnh, tật/các vấn đề cần PHCN	Tên dịch vụ kỹ thuật PHCN	Thời gian thực hiện (phút)	Người thực hiện	BS chỉ định	Xác nhận của NB/ người nhà

Phụ lục 2

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN….. **TÊN CƠ SỞ PHCN/BV…**	**Số lưu trữ:** ……. **Mã hồ sơ**……. **Mã người bệnh**…….. **Chuyển khoa**…….. **Ngày chuyển**……..

BỆNH ÁN

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NHI

KHOA ……..

HỌ VÀ TÊN *(chữ in hoa)***:**…….....

1. Nam ☐ **2. Nữ** ☐ **Sinh năm**…… **Tuổi**……

Địa chỉ: ……

Ngày vào viện:……..**Ra viện** ……..

Bìa bệnh án: Bìa cứng

QUY ĐỊNH VỀ HỒ SƠ BỆNH ÁN

II. Trích Điều 59. Hồ sơ bệnh án của Luật Khám bệnh , chữa bệnh số: 40/2009/QH12 năm 2009)

1. Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý; mỗi người bệnh chỉ có một hồ sơ bệnh án trong mỗi lần khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Việc lập hồ sơ bệnh án được quy định như sau:

a) Người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đều phải được lập hồ sơ bệnh án;

b) Hồ sơ bệnh án được lập bằng giấy hoặc bản điện tử và phải được ghi rõ, đầy đủ các mục có trong hồ sơ bệnh án;

c) Hồ sơ bệnh án bao gồm các tài liệu, thông tin liên quan đến người bệnh và quá trình khám bệnh, chữa bệnh;

3. Việc lưu trữ hồ sơ bệnh án được quy định như sau:

a) Hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo các cấp độ mật của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước;

b) Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú được lưu trữ ít nhất 10 năm; hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt được lưu trữ ít nhất 15 năm; hồ sơ bệnh án đối với người bệnh tâm thần, người bệnh tử vong được lưu trữ ít nhất 20 năm;

c) Trường hợp lưu trữ hồ sơ bệnh án bằng bản điện tử, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có bản sao dự phòng và thực hiện theo các chế độ lưu trữ quy định tại điểm a và điểm b khoản này.

4. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc cho phép khai thác hồ sơ bệnh án trong các trường hợp sau đây:

a) Sinh viên thực tập, nghiên cứu viên, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc công tác chuyên môn kỹ thuật;

b) Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế trực tiếp quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành y tế, cơ quan bảo hiểm, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ nhiệm vụ được giao theo thẩm quyền cho phép;

LuatVietnam

c) Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được nhận bản tóm tắt hồ sơ bệnh án theo quy định tại khoản 1 Điều 11 của Luật này.

5. Các đối tượng quy định tại khoản 4 Điều này khi sử dụng thông tin trong hồ sơ bệnh án phải giữ bí mật và chỉ được sử dụng đúng mục đích như đã đề nghị với người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

II. Quy chế Hồ sơ bệnh án….*(ghi trích nội dung quy chế Hồ sơ bệnh án)*

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

Bộ Y tế/ Sở y tế:.....
Bệnh viện/trung tâm:.....
Khoa:.....
Phòng..... Giường.....

BỆNH ÁN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NHI

Số vào viện:.....
Số lưu trữ: .....
Mã YT: 42/BV-01

Nội trú ☐ **Nội trú ban ngày** ☐ **Ngoại trú** ☐

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. Họ tên cha/mẹ/người giám hộ: .....9.Nghề nghiệp:cha/mẹ/người giám hộ:.....
10. Đối tượng: *1.BHYT* ☐ *2.Thu phí* ☐ *3.Miễn* ☐ *4.Khác* ☐
11. BHYT giá trị sử dụng từ ngày .....tháng.....năm.....Số thẻ BHYT ☐☐☐☐
12. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....
.....Điện thoại số.....
* Giấy chứng nhận khuyết tật (KT) *a) Không có* ☐ *b) Có* ☐ *(Dạng KT:..... Mức độ KT.....)*

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: ..... giờ.....phút ngày...../...../..... 14. Trực tiếp vào: *1.Cấp cứu* ☐ *2.KKB* ☐ *3.Khoa điều trị* ☐	15.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế ☐ 2.Tự đến ☐ 3.Khác ☐ - Vào viện do bệnh này lần thứ ☐
Khoa ng/th/năm Số ngày ĐTrị 16. Vào khoa ☐ .....Giờ.....phút...../...../..... ☐☐ 17. Chuyển ☐ .....Giờ.....phút...../...../..... ☐☐ Khoa ☐ .....Giờ.....phút...../...../..... ☐☐ ☐ .....Giờ.....phút...../...../..... ☐☐	18. Chuyển viện: *1.Tuyến trên* ☐ *2.Tuyến dưới* ☐ *3.CK* ☐ - Chuyển đến .... 19. Ra viện: ..... giờ ..... ngày ...../...../..... *1. Ra viện* ☐ *2. Xin về* ☐ *3. Bỏ về* ☐ *4.Đưa về* ☐ 20. Tổng số ngày điều trị..... ☐☐☐

III. CHẨN ĐOÁN

	MÃ		MÃ
21. Nơi chuyển đến:	☐☐☐☐	24. Ra viện: + Bệnh chính:	
22. KKB, Cấp cứu:	☐☐☐☐	.....	☐☐☐☐
23. Khi vào khoa điều trị.....		+ Bệnh kèm theo.....	☐☐☐☐
+ Thủ thuật: ☐	+ Phẫu thuật: ☐ ☐☐☐☐	+ Tai biến:	+ Biến chứng:

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị *1. Khỏi* ☐ *4. Nặng hơn* ☐ *2. Đỡ, giảm* ☐ *5. Tử vong* ☐ *3. Không thay đổi* ☐ 26. Giải phẫu bệnh *(khi có sinh thiết):* *1. Lành tính* ☐ *2.Nghi ngờ* ☐ *3.Ác tính* ☐	27. Tình hình tử vong: ..... giờ.....phút ngày..... tháng ..... năm ..... *1. Do bệnh* ☐ *2.Do tai biến điều trị* ☐ *3. Khác* ☐ *1. Trong 24 giờ vào viện* ☐ *2.Sau 24 giờ vào viện* ☐ 28. Nguyên nhân chính tử vong: .... ☐☐☐☐ 29. Khám nghiệm tử thi: ☐ 30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: .... ☐☐☐☐

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Giám đốc bệnh viện **Trưởng khoa**

Họ và tên ..... Họ và tên .....

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:.....

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý *(khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị của tuyến trước ...)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử của mẹ

Tiền sử sản khoa: Sinh ☐ Sớm ☐ Sẩy ☐ Sống ☐

Tuổi của mẹ khi sinh trẻ này:.....

Tình trạng sức khỏe của mẹ khi mang thai:.....

3. Tiền sử của con

Con thứ: .....Tuổi thai:..... tuần *(1. Đủ tháng ☐ 2. Non tháng ☐ 3. Già tháng ☐)*

Cân nặng khi sinh: ..... gam *(1. Đủ cân ☐ 2. Cân thấp ☐ 3. Rất thấp ☐)*

Tình trạng khi sinh: *1. Đẻ thường ☐ 2. Forceps ☐ 3. Giác hút ☐ 4. Đẻ chỉ huy ☐ 5. Mổ đẻ ☐*

Tình trạng sau sinh: ..... Tiêm phòng vacxin.....

4. Tiền sử gia đình: Số con trong gia đình.....số trẻ có bất thường .....

Gia đình có người nhiễm chất độc da cam .....

III. KHÁM BỆNH

1. *Thể trạng chung* *(ý thức, da, niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp…)**:*** .....

.....

Cân nặng:..... kg; Chiều cao:..... cm; Vòng đầu:.....cm.; Nhiệt độ .....^{O}C; Mạch.....lần/ph; Huyết áp...../..... mm/ph; Nhịp thở.....lần/ph

2. Các cơ quan:

2.1. Tâm thần, thần kinh: *(Tri giác, vận động, cảm giác; phản xạ bệnh lý, phản xạ gân xương, da, trương lực cơ; thần kinh sọ não; thăng bằng, điều hợp; hội chứng tiểu não, ngoại tháp,các hội chứng khác…)*

LuatVietnam

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2. Hệ cơ xương khớp, cột sống *(tình trạng cơ, xương, khớp cột sống: hình thể, chức năng; tầm vận động của khớp...)*

.....

.....

.....

.....

.....

2.3. Các chuyên khoa khác *(tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục, mắt, tai, mũi, họng, răng, thóp...)*

.....

.....

.....

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG

.....

.....

.....

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

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

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

+ Bệnh, tật chính: .....
+ Bệnh, tật kèm theo (nếu có): .....
+ Phân biệt: .....

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, CAN THIỆP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Chỉ định điều trị, can thiệp phục hồi chức năng *(bao gồm chỉ định dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế, dụng cụ trợ giúp, chuyển tuyến…)*

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

2. Điều trị bệnh lý kèm theo

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

3. Chế độ chăm sóc người bệnh

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

4. Hội nhập xã hội và khả năng tham gia các hoạt động gia đình, xã hội (*cải tạo môi trường tiếp cận với trẻ khuyết tật: nhà ở và khả năng thích nghi môi trường sống, các hoạt động hướng nghiệp…)*

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

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 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 *(bao gồm chỉ định dụng cụ chỉnh hình, dụng cụ thay thế, dụng cụ trợ giúp…)*

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

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

(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

MS: .....
Số vào viện .....

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: .....Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. 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....)*

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

1.2. 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...)*

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

1.3. Nhận thức, giao tiếp (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)*

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

1.4. 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 trẻ 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...)*

LuatVietnam

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

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,…)*

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

MS: .....
Số vào viện .....

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: .....Buồng:.....Giường:.....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN

.....

.....

.....

.....

.....

. .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Chẩn đoán: .....

.....

.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN *(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…)*

.....

.....

.....

.....

.....

. .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Bác sỹ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Tờ số.....

MS: .....
Số vào viện .....

- Họ tên người bệnh: ..... Năm sinh/ Tuổi: ..... Nam/Nữ.....
- Khoa: .....Số buồng:.....Số giường:.....
- Chẩn đoán: .....

Ngày giờ	Mô tả diễn biến bệnh, tật/các vấn đề cần PHCN	Tên dịch vụ kỹ thuật PHCN	Thời gian thực hiện (phút)	Người thực hiện	BS chỉ định	Xác nhận của NB/ người nhà

Phụ lục 3

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN….. **TÊN CƠ SỞ PHCN/BV…**	**Số lưu trữ:** …… **Mã hồ sơ**……. **Mã Người bệnh**…….. **Chuyển khoa** ……. **Chuyển điều trị nội trú/nội trú ban ngày**……. **Ngày chuyển**……..

BỆNH ÁN

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGOẠI TRÚ

KHOA ……..

HỌ VÀ TÊN *(chữ in hoa)***:**…….....

1. Nam ☐ **2. Nữ** ☐ **Sinh năm**…… **Tuổi**.....

Địa chỉ: ……

Ngày vào viện:……..**Ra viện** ……..

Bìa bệnh án: Bìa cứng

QUY ĐỊNH VỀ HỒ SƠ BỆNH ÁN

II. Trích Điều 59. Hồ sơ bệnh án của Luật Khám bệnh , chữa bệnh số: 40/2009/QH12 năm 2009)

1. Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý; mỗi người bệnh chỉ có một hồ sơ bệnh án trong mỗi lần khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Việc lập hồ sơ bệnh án được quy định như sau:

a) Người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đều phải được lập hồ sơ bệnh án;

b) Hồ sơ bệnh án được lập bằng giấy hoặc bản điện tử và phải được ghi rõ, đầy đủ các mục có trong hồ sơ bệnh án;

c) Hồ sơ bệnh án bao gồm các tài liệu, thông tin liên quan đến người bệnh và quá trình khám bệnh, chữa bệnh;

3. Việc lưu trữ hồ sơ bệnh án được quy định như sau:

a) Hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo các cấp độ mật của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước;

b) Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú được lưu trữ ít nhất 10 năm; hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt được lưu trữ ít nhất 15 năm; hồ sơ bệnh án đối với người bệnh tâm thần, người bệnh tử vong được lưu trữ ít nhất 20 năm;

c) Trường hợp lưu trữ hồ sơ bệnh án bằng bản điện tử, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có bản sao dự phòng và thực hiện theo các chế độ lưu trữ quy định tại điểm a và điểm b khoản này.

4. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc cho phép khai thác hồ sơ bệnh án trong các trường hợp sau đây:

a) Sinh viên thực tập, nghiên cứu viên, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc công tác chuyên môn kỹ thuật;

b) Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế trực tiếp quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành y tế, cơ quan bảo hiểm, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ nhiệm vụ được giao theo thẩm quyền cho phép;

LuatVietnam

c) Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được nhận bản tóm tắt hồ sơ bệnh án theo quy định tại khoản 1 Điều 11 của Luật này.

5. Các đối tượng quy định tại khoản 4 Điều này khi sử dụng thông tin trong hồ sơ bệnh án phải giữ bí mật và chỉ được sử dụng đúng mục đích như đã đề nghị với người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

II. Quy chế Hồ sơ bệnh án….*(ghi trích nội dung quy chế Hồ sơ bệnh án)*

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

BYT/Sở Y tế: .....

Bệnh viện: .....

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Số ngoại trú: .....

Số lưu trữ: ……. . .

I. HÀNH CHÍNH:

Tuổi

1. Họ và tên *(In hoa):* ..... 2. Sinh ngày: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

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 từ ngày .....tháng..... năm ..... Số thẻ BHYT ☐☐☐☐☐

11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....

..... Điện thoại số.....

12. Đến khám bệnh lúc: ..... giờ ..... phút ngày ..... tháng ..... năm .....

13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: ..... 1. Y tế ☐ 2. Tự đến ☐

* Giấy CN khuyết tật: *a).Không có* ☐ *b). Có* ☐ *(Dạng khuyết tật..... ; Mức độ KT:..... .....)*

II. LÝ DO VÀO VIỆN: .....

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý: .....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Dị ứng: .....

+ Bản thân: *(chú ý các yếu tố liên quan đến khuyết tật nếu có):* .....

+ Gia đình: .....

IV. KHÁM BỆNH:

Mạch ..... lần/ph
Nhiệt độ.....^{0}C
Huyết áp ...../..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Cân nặng ..... .kg
Chỉ số BMI.....

1. Toàn thân: .....

.....

.....

2. Các bộ phận: .....

.....

.....

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng: .....

.....

4. Chẩn đoán ban đầu: .....

5. Đã xử lý *(thuốc, chăm sóc)*: .....

.....

.....

6. Chẩn đoán khi ra viện: ..... Mã ☐☐☐☐

7. Điều trị ngoại trú từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Giám đốc bệnh viện **Bác sỹ khám bệnh**

Họ và tên..... Họ và tên.....

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. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính: ..... ☐☐☐☐
- Bệnh kèm theo *(nếu có):* ..... ☐☐☐☐

4. Phương pháp điều trị: .....

.....

.....

.....

.....

5. Tình trạng người bệnh ra viện: .....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

MS: .....
Số vào viện .....

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: .....Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. 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....)*

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

1.2. 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...)*

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

1.3. Nhận thức, giao tiếp (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)*

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

1.4. 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...)*

LuatVietnam

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

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,…)*

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

MS: .....
Số vào viện .....

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: .....Buồng:.....Giường:.....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN

.....

.....

.....

.....

.....

. .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Chẩn đoán: .....

.....

.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN *(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…)*

.....

.....

.....

.....

.....

. .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ

(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Tờ số.....

MS: .....
Số vào viện .....

- Họ tên người bệnh: ..... Năm sinh/ Tuổi: ..... Nam/Nữ.....
- Khoa: .....Số buồng:.....Số giường:.....
- Chẩn đoán: .....

Ngày giờ	Mô tả diễn biến bệnh, tật/các vấn đề cần PHCN	Tên dịch vụ kỹ thuật PHCN	Thời gian thực hiện (phút)	Người thực hiện	BS chỉ định	Xác nhận của NB/ người nhà

Phụ lục 4:
(Mẫu phiếu số 1)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

MS: .....
Số vào viện .....

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: .....Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. 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....)*

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

1.2. 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...)*

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

1.3. Nhận thức, giao tiếp (*định hướng; tập trung chú ý; trí nhớ; thờ ơ lãng quên; chức năng điều hành; giao tiếp, ngôn ngữ...)*

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

1.4. 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...)*

LuatVietnam

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

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,…)*

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 2)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

MS: .....
Số vào viện .....

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/Nữ.....

Khoa: .....Buồng:.....Giường:.....

1. Khám chuyên khoa PHCN (Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN

.....

.....

.....

.....

.....

. .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Chẩn đoán: .....

.....

.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN *(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…)*

.....

.....

.....

.....

.....

. .....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm.....
Bác sỹ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

Bộ Y tế/Sở Y tế: .....
Bệnh viện.....
Khoa/Trung tâm: .....
Buồng .....Giường.....

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Tờ số.....

MS: .....
Số vào viện .....

- Họ tên người bệnh: ..... Năm sinh/ Tuổi: ..... Nam/Nữ.....
- Khoa: .....Số buồng:.....Số giường:.....
- Chẩn đoán: .....

Ngày giờ	Mô tả diễn biến bệnh, tật/các vấn đề cần PHCN	Tên dịch vụ kỹ thuật PHCN	Thời gian thực hiện (phút)	Người thực hiện	BS chỉ định	Xác nhận của NB/ người nhà