Phụ lục số XXIX

MẪU GIẤY, PHIẾU Y

(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

syt_hanh_vt_So Yte Ha Tinh 03/01/2024 08:51:37

TT	Nội dung	
1.	Giấy cam kết chấp thuận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức	01/BV2
2.	Giấy chứng nhận phẫu thuật	02/BV2
3.	Giấy khám/chữa bệnh theo yêu cầu	03/BV2
4.	Phiếu khám chuyên khoa	04/BV2
5.	Phiếu gây mê hồi sức	05/BV2
6.	Phiếu phẫu thuật/ thủ thuật	06/BV2
7.	Phiếu theo dõi truyền dịch	07/BV2
8.	Phiếu chiếu/ chụp X-quang	08/BV2
9.	Phiếu chụp cắt lớp vi tính	09/BV2
10.	Phiếu chụp cộng hưởng từ	10/BV2
11.	Phiếu siêu âm	11/BV2
12.	Phiếu điện tim	12/BV2
13.	Phiếu điện não	13/BV2
14.	Phiếu nội soi	14/BV2
15.	Phiếu đo chức năng hô hấp	15/BV2
16.	Phiếu xét nghiệm (chung)	16/BV2
17.	Phiếu xét nghiệm Huyết học	17/BV2
18.	Phiếu xét nghiệm huyết - tuỷ đồ	18/BV2
19.	Phiếu xét nghiệm chẩn đoán rối loạn đông cầm máu	19/BV2
20.	Phiếu xét nghiệm sinh thiết tuỷ xương	20/BV2
21.	Phiếu xét nghiệm nước dịch	21/BV2
22.	Phiếu xét nghiệm hoá sinh máu	22/BV2
23.	Phiếu xét nghiệm hoá sinh nước tiểu, phân, dịch chọc dò	23/BV2
24.	Phiếu xét nghiệm vi sinh	24/BV2
25.	Phiếu xét nghiệm giải phẫu bệnh sinh thiết	25/BV2
26.	Phiếu xét nghiệm giải phẫu bệnh khám nghiệm tử thi.	26/BV2
27.	Trích biên bản hội chẩn	27/BV2

28.	Trích biên bản kiểm thảo tử vong	28/BV2
29.	Phiếu khám bệnh vào viện (chung)	29/BV2
30.	Phiếu phẫu thuật ghép giác mạc	30/BV2
31.	Phiếu phẫu thuật bề mặt nhãn cầu	31/BV2
32.	Phiếu phẫu thuật Glocom	32/BV2
33.	Phiếu phẫu thuật lác	33/BV2
34.	Phiếu phẫu thuật túi lệ	34/BV2
35.	Phiếu phẫu thuật sụp mi, mộng, thể thủy tinh, Sapejko	35/BV2
36.	Phiếu theo dõi điều trị	36/BV2
37.	Phiếu chăm sóc cấp 1	37/BV2
38.	Phiếu chăm sóc cấp 2	38/BV2
39.	Phiếu nhận định phân loại người bệnh tại khoa cấp cứu	39/BV2
40.	Giấy cung cấp thông tin và cam kết chung về nhập viện nội trú	40/BV2
41.	Giấy cam kết từ chối sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh	41/BV2
42.	Phiếu cung cấp thông tin người bệnh tại khoa hồi sức tích cực	42/BV2
43.	Phiếu bàn giao người bệnh chuyển khoa (Dành cho bác sỹ)	43/BV2
44.	Phiếu bàn giao người bệnh chuyển khoa (Dành cho điều dưỡng)	44/BV2
45.	Giấy cam kết chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	45/BV2
46.	Giấy cam kết ra viện không theo chỉ định của bác sỹ (khi chưa kết thúc việc chữa bệnh)	46/BV2
47.	Biên bản kiểm thảo tử vong	47/BV2
48.	Giấy cam kết chấp thuận điều trị bằng hóa trị - xạ trị	48/BV2
49.	Giấy cam kết chấp thuận điều trị bằng xạ trị	49/BV2
50.	Phiếu điều trị trẻ sơ sinh sau sinh	50/BV2
51.	Phiếu khám thai	51/BV2
52.	Bản tóm tắt hồ sơ bệnh án	52/BV2
53.	Giấy đề nghị cung cấp bản tóm tắt hồ sơ bệnh án/tài liệu liên quan	53/BV2
54.	Hướng dẫn ghi chép bệnh án nội trú y học cổ truyền và bệnh án nội trú nhi y học cổ truyền	
55.	Hướng dẫn ghi chép bệnh án ngoại trú y học cổ truyền	

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 01/BV2

GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN PHẪU THUẬT, THỦ THUẬT VÀ GÂY MÊ HỒI SỨC

☐ Cấp cứu ☐ Bán cấp ☐ Chương trình/Phiên

Sở Y tế Hà Tĩnh 03/01/2024 08:52

Chúng tôi có tên dưới đây cùng làm Bản cam kết như sau:

I. BÁC SỸ PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT/GÂY MÊ HỒI SỨC:

Tôi tên là: …….....

Chức danh: …….....Khoa:……..…….....

và Bác sỹ: ……..……Chức danh: …….....…… (Khoa phẫu thuật Gây mê hồi sức)

Được phân công thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê cho người bệnh: …….....

Chẩn đoán:.....

Chúng tôi đã tư vấn, giải thích đầy đủ, rõ ràng những thông tin liên quan đến cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức cho người bệnh/thân nhân người bệnh về các vấn đề sau:

☐ Chẩn đoán

☐ Lý do phẫu thuật/thủ thuật

☐ Rủi ro, nguy cơ nếu không thực hiện phẫu thuật/thủ thuật

☐ Kết quả sau phẫu thuật/thủ thuật (Dự kiến).....

Phương pháp phẫu thuật/thủ thuật dự kiến

☐ Phẫu thuật mở ☐ Phẫu thuật nội soi ☐ Thủ thuật

Phương pháp gây mê hồi sức dự kiến:

☐ Mê nội khí quản ☐ Mê mask thanh quản ☐ Mê tĩnh mạch

☐ Tê tủy sống ☐ Tê ngoài màng cứng ☐ Tê đám rối thần kinh

☐ Tiền mê + Tê tại chỗ ☐ Khác.

Các phương pháp điều trị khác ngoài phẫu thuật/thủ thuật:

☐ Không ☐ Có, cụ thể: ……..

Nguy cơ, tai biến trong và sau phẫu thuật/thủ thuật có thể xảy ra:

☐ Phản ứng thuốc ☐ Suy hô hấp - tuần hoàn ☐ Chảy máu

☐ Nhiễm trùng ☐ Tử vong ☐ Nguy cơ/rủi ro khác:……

Chúng tôi đã dành đủ thời gian để người bệnh/thân nhân đặt các câu hỏi liên quan đến phẫu thuật/thủ thuật/gây mê sẽ được thực hiện hoặc các mối quan tâm khác và chúng tôi đã trả lời tất cả các câu hỏi đó.

Chúng tôi cam kết phục vụ người bệnh bằng lương tâm và trách nhiệm của người thầy thuốc cùng với tất cả kiến thức, sự hiểu biết về chuyên môn và phương tiện hiện có của *(Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)* ..... để nỗ lực đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh.

II. NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN:

Họ và tên người bệnh: .....Năm sinh:.....

Họ và tên thân nhân: .....Năm sinh: .....

Quan hệ với người bệnh: .....

Tôi đã được nghe các Bác sỹ giải thích và đã trao đổi với các Bác sỹ về tất cả các thông tin của cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê, những nguy cơ thường gặp có thể xảy ra trong phẫu thuật/thủ thuật/gây mê như:.....

.....

và mức độ thành công. Tôi đã hiểu lý do phải thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê và đồng ý để Bác sỹ phẫu thuật/thủ thuật/gây mê cho tôi/thân nhân của tôi.

Tôi đã được tư vấn những thông tin về chi phí phẫu thuật/thủ thuật/gây mê, vật tư y tế tiêu hao dự kiến sử dụng trong cuộc phẫu thuật/thủ thuật/gây mê, tôi cam kết chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định khác.

Tôi đồng ý để các Bác sỹ thực hiện các phẫu thuật/thủ thuật/gây mê/kiểm tra/điều trị nếu việc đó là cần thiết để cứu tính mạng hoặc ngăn ngừa tác hại nghiêm trọng cho sức khỏe của tôi/thân nhân của tôi.

Tôi hiểu rằng các Bác sỹ của *(tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)*..... sẽ làm hết lương tâm, trách nhiệm cùng với tất cả kiến thức, sự hiểu biết và phương tiện hiện có để nỗ lực đem lại kết quả tốt nhất cho tôi/thân nhân của tôi. Tuy nhiên, cũng không thể đảm bảo hoàn toàn với tôi rằng phẫu thuật/thủ thuật sẽ cải thiện tình trạng hoặc không làm cho tình trạng của tôi/thân nhân của tôi trở nên xấu đi.

Tôi đã đọc bản cam kết với tinh thần hoàn toàn minh mẫn và hiểu biết. Tôi đã hiểu các vấn đề mà Bác sỹ đã giải thích về tiến trình phẫu thuật/thủ thuật/gây mê cho tôi/thân nhân của tôi. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm với quyết định đồng ý cho Bác sỹ phẫu thuật/thủ thuật cho tôi/thân nhân của tôi.

Sau khi nghe các Bác sỹ cho biết tình trạng bệnh của tôi/thân nhân của tôi, những nguy hiểm của bệnh nếu không thực hiện phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức và những rủi ro có thể xảy ra do bệnh tật, do khi tiến hành phẫu thuật/thủ thuật/gây mê hồi sức; tôi tự nguyện viết giấy cam đoan này:

1. Đồng ý xin phẫu thuật, thủ thuật, gây mê hồi sức và để giấy này làm bằng chứng.
2. Không đồng ý phẫu thuật, thủ thuật, gây mê hồi sức và để giấy này làm bằng chứng.

(Câu 1 và câu 2 do người bệnh, thân nhân của người bệnh tự viết dưới đây).

…….....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

PHẪU THUẬT VIÊN/ BÁC SỸ THỰC HIỆN THỦ THUẬT	**BÁC SỸ GÂY MÊ**	**NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN**
(Ký, ghi rõ họ tên)	*(Ký, ghi rõ họ tên)*	*(Ký, ghi rõ họ tên)*

syt_hatinh_v_Sở Y tế Hà Tĩnh 03/01/2024 08:51:37

Những lần vào viện sau			
Vào ngày	**Ra ngày**	**Bệnh viện**	**Ghi chú**

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

4

Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số lưu trữ: .....

MS:02/BV-02

Giấy chứng nhận phẫu thuật

Bệnh viện**:** .....

Chứng nhận Ông/Bà: .....

- Địa chỉ: .....
- Vào viện ngày: ...../...../.....
- Ra viện ngày: ...../...../.....
- Đã phẫu thuật (vị trí, phương thức...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1

Cách thức phẫu thuật

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Nhóm máu:
- Yếu tố Rh:

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Trưởng khoa **Giám đốc**

Họ tên..... Họ tên .....

2

Khám lại			
Ngày	Nơi khám	Kết quả	BS khám

3

Sở Y tế:…… Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam MS:03/BV-02

BV:…….…….…… Độc lập - Tự do - Hạnh phúc Số:…….……..

---

tv_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_08/01/2021 08:51:37

Giấy khám chữa bệnh theo yêu cầu

Kính gửi: .....

- Tên tôi là: ..... Tuổi: ..... Nam/ Nữ
- CMND/ Hộ chiếu/ Hộ khẩu số: ..... Cơ quan cấp: .....
- Dân tộc: ..... Ngoại kiều: .....
- Nghề nghiệp: ..... Nơi làm việc: .....
- Địa chỉ: .....
- Khi cần báo tin: .....
- Là người bệnh/ đại diện gia đình người bệnh họ tên là: .... Hiện đang khám/ chữa bệnh tại Khoa: ..... Bệnh viện: .....

1. Sau khi nghe bác sĩ phổ biến quy định khám/ chữa bệnh theo yêu càu của bệnh viện, tôi viết giấy này thoả thuận xin khám/ chữa bệnh theo yêu cầu và chọn dịch vụ chăm sóc như sau:

a. Bác sĩ khám/ chữa bệnh/ phẫu thuật/ đỡ đẻ/ chăm sóc: .....

b. Y tá (điều dưỡng) chăm sóc theo chế độ bệnh lí tại giường.

c. Được dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ điều trị

d. Được nằm chữa bệnh tại buồng loại: ....., có tiện nghi: điều hoà nhiệt độ, tủ lạnh, nước nóng lạnh, buồng vệ sinh riêng.

2. Tôi xin ứng trước một khoản tiền theo quy định của bệnh viện là: .....đồng,

(bằng chữ): .....

để khám/ chữa bệnh theo yêu cầu; khi ra viện tôi xin thanh toán đầy đủ.

3. Trong khi thực hiện khám/ chữa bệnh theo yêu cầu, nếu có vấn đề phát sinh đề nghị bác sĩ thông báo cho tôi/ gia đình tôi/ biết để tiện thanh toán kịp thời.

4. Tôi xin chấp hành đầy đủ nội quy khám/ chữa bệnh của bệnh viện, yên tâm chữa bệnh và chịu trách nhiệm về những yêu cầu khám/ chữa bệnh của tôi.

Duyệt của *Ngày ..... tháng ..... năm .....*

Giám đốc bệnh viện **Người bệnh/ đại diện gia đình**

Họ tên: ..... **Họ tên:** .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu khám chuyên khoa

MS:04/BV-02

Số vào viện.....

Kính gửi: .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: ..... Giường: .....
- Chẩn đoán: .....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Yêu cầu khám chuyên khoa

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ khám bệnh

Họ tên: .....

Kết quả khám chuyên khoa

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ khám bệnh

Họ tên: .....

Sở Y tế..... **Phiếu gây mê hồi sức** MS:05/BV-02

BV: ..... Số vào viện:.....

Khoa: .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/nữ
- Khoa:..... Buồng: ..... số giường: ..... Cân nặng ..... kg Chiều cao: ..... cm Nhóm máu: .....
- Chẩn đoán: .....
- Phương pháp phẫu thuật: ..... Tư thế: .....
- Phương pháp vô cảm: .....
- BS phẫu thuật: ..... BS gây mê: .....
- Ngày ..... tháng ..... năm ..... Tiền mê: ..... Tác dụng:.....

Sở_hatinh_yt_Sở Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Đánh giá trước mổ		10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	Nhận xét và kết luận
- ASA: 1 2 3 4 5	HA											
- Dạ dày đầy/ Cấp cứu	v Mx v											
- Mallampati: 1 2 3 4	^ Mn ^											
- Dị ứng:	v v											
- Tiền sử/ Thuốc dùng liên quan GMHS.	50											
Bất thường lâm sàng/ cận lâm sàng liên quan GMHS.	100											
	50											
Nhiệt độ												
Mất máu												
Nước tiểu												
ALĐMP/ ALĐMPB/ ALTMTƯ												
Nhịp thở												
Hô hấp – Máy	TTLT											
	$FeCO_2$											
Hô hấp – Mê	áp lực											
	SpO_2											
	FiO_2											Tổng cộng
	% Hal/ISO/N_2O											
Thuốc												

Dịch truyền															
Quan sát															Tổng thời gian mê

Kèm theo: Hướng dẫn sử dụng bảng gây mê hồi sức.

Hướng dẫn: *In khổ A4 dọc, 2 mặt.*

Đánh giá trước mổ			10	20	30	40	50	10	20	30	40	50			Nhận xét và kết luận
- ASA: 1 2 3 4 5		HA													
- Dạ dày đầy/ Cấp cứu		v Mx v													
- Mallampati: 1 2 3 4		^ Mn ^													
- Dị ứng:		v v													
- Tiền sử/ Thuốc dùng liên quan GMHS.		50													
Bất thường lâm sàng/ cận lâm sàng liên quan GMHS.		100													
		50													
Nhiệt độ															
Mất máu															
Nước tiểu															
ALĐMP/ ALĐMPB/ ALTMTƯ															
Nhịp thở															
Hô hấp	Máy	TTLT													
		$FeCO_2$													
		áp lực													
	Mê	SpO_2													
		FiO_2													Tổng cộng
		% Hal/ISO/N_2O													
Thuốc															

sv_hatinh_vt_Sở Y te Ha Tinh_02/01/2024 08:51:37

Dịch truyền															
Quan sát															Tổng thời gian mê

Ngày ..... tháng ..... năm .....
Bác sĩ gây mê hồi sức

Họ tên .....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Hướng dẫn sử dụng bảng gây mê hồi sức

1. Danh từ Gây mê hồi sức bao gồm gây mê, gây tê, châm tê để phẫu thuật và hồi sức.

2. Bảng này áp dụng cho tất cả mọi tuyến: thông tin nào mà ở cơ sở không có thì để trống: ví dụ $FeCO_2$.

3. Giải thích nội dung các từ trong bảng.

- Chẩn đoán: chẩn đoán bệnh khi người bệnh vào phẫu thuật.

- Tác dụng: tác dụng của tiền mê: tốt, trung bình, xấu.

- Loại phẫu thuật: ví dụ: cắt dạ dày bán phần.

- Người gây mê, ví dụ bác sĩ A.

- Phương pháp vô cảm: ví dụ gây mê nội khí quản ...

- Đánh giá trước phẫu thuật:

+ ASA (phân loại tình trạng người bệnh theo hiệp hội GMHS thế giới) ví dụ mức độ (20.

+ Dạ dày đầy, cấp cứu (tức người bệnh có dạ dày đầy, mổ cấp cứu).

+ Mallampati: mức độ khó khi đặt nội khí quản được dự kiến trước mê: ví dụ (2).

+ Tiền sử dùng thuốc liên quan GMHS ví dụ thuốc ức chế bêta.

+ Nhiệt độ: ví dụ 39^0C lúc 10g50.

+ Mất máu: ước lượng qua bình hút, qua vết phẫu thuật: ví dụ 500ml.

+ Nước tiểu: ví dụ 500ml cuối cuộc phẫu thuật.

+ ALĐMP: áp lực động mạch phổi.

+ ALĐMPB: áp lực động mạch phổi bít.

+ ALTMTU: áp lực tĩnh mạch trung ương.

+ Nhịp thở: ví dụ: 20 lần/phút.

Máy thở:

- TTLT = thể tích lưu thông, ví dụ 400ml.

- $FeCO_2$: áp lực $C0_2$ trong hơi thở về cuối thời kỳ thở ra (viết như sau: ví dụ TTLT 400ml FeCO2 37mmHg)

- áp lực: chỉ trên đồng hồ áp lực khi thở máy, ví dụ 15cm H_2O.

- SpO_2: Ví dụ 95%, là bão hoà oxy trong máu động mạch đo bằng máy Pulse oxymeter.

- FiO_2: % oxy trong luồng khí thở vào, ví dụ 40%.

- % Halo, Iso; N_2O: đậm độ thuốc mê: ví dụ Halo 2% thì gạch ngang dưới Halo và ghi 2% vào các thời điểm ứng trên hàng.

- Thuốc: các thuốc dùng trong mê.

- Dịch truyền: các dịch, máu dùng trong khi phẫu thuật.

- Quan sát: Nhận xét của người gây mê về các sự kiện xẩy ra trong từng thời điểm của quá trình phẫu thuật.

Ví dụ: - Chẩy máu lúc 9.20

- Tím tái lúc 9.20

- HA mx: tối đa

mn: tối thiểu

- Mạch:

4. Ghi chú: ở tuyến huyện: chỉ cần ghi huyết áp, mạch, nhịp thở và một số điều khác có thể có được: ví dụ mất mát thuốc, dịch truyền, quan sát.

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu phẫu thuật/thủ thuật

MS:06/BV-02

Số vào viện .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Khoa: ..... Buồng: ..... Giường: .....
- Vào viện lúc: ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....
- Phẫu thuật/ thủ thuật lúc: ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....
- Chẩn đoán:

. Trước phẫu thuật/ thủ thuật: .....

. Sau phẫu thuật/ thủ thuật: .....

- Phương pháp phẫu thuật/ thủ thuật: .....

.....Loại phẫu thuật/ thủ thuật: .....

- Phương pháp vô cảm: .....
- Bác sĩ phẫu thuật/ thủ thuật: .....
- Bác sĩ gây mê hồi sức: .....

syt_hanh_yt_so Y te Ha Tinh_02/01/2024 08:51:37

Lược đồ phẫu thuật/ thủ thuật
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- Dẫn lưu: .....
- Bấc: .....
- Ngày rút: .....
- Ngày cắt chỉ: .....
- Khác: .....
.....

Trình tự phẫu thuật/thủ thuật

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Ngày.....tháng.....năm.....

Phẫu thuật/thủ thuật viên

Họ tên: .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Khoa: .....

Phiếu theo dõi

Truyền dịch

MS:07/BV-02

Số vào viện: .....

- Họ tên người bệnh: .....Tuổi: ..... Nam/ Nữ
- Số giường: …….. Buồng:.....
- Chẩn đoán: .....

syt_hatinh_yt_Sở Y tế Hà Tĩnh_03/01/2024 08:51:37

Ngày tháng	Tên dịch truyền/ Hàm lượng	Số lượng	Lô/ Số sản xuất	Tốc độ giọt/ph	Thời gian		BS chỉ định	YT (ĐD) thực hiện
					bắt đầu	kết thúc		

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu chiếu/ chụp X-Quang

(lần thứ .....)

MS:08/BV-02

Số: .....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....

Yêu cầu chiếu/ chụp
....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ điều trị

Họ tên: .....

Kết quả chiếu/ chụp
....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Lời dặn của BS chuyên khoa:

Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên: .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu chụp cắt lớp vi tính

(lần thứ .....)

MS:09/BV-02

Số .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....
- Yêu cầu kiểm tra: .....

.....

.....

- Người bệnh có cơ địa dị ứng: .....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:31:37

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ điều trị

Họ tên: .....

Kết quả

1. Mô tả: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Kết luận:.....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Lời dặn của BS chuyên khoa:

Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên: .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu chụp cộng hưởng từ

(lần thứ .....)

MS: 10/BV-02

Số .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....
- Yêu cầu kiểm tra: .....

.....

- Người bệnh có dị vật kim loại trong cơ thể:: .....
- Các kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh đã có: .....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ điều trị

syt_hatinh_vt_Sở Y tế Hà Tĩnh 03/01/2024 08:31:37

Họ tên: .....

Kết quả

1. Mô tả: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Kết luận: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Lời dặn của BS chuyên khoa:

Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên: .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu siêu âm

(lần thứ .....)

MS: 11/BV-02

Số .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: ..... Số BHYT: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....
- Yêu cầu kiểm tra: .....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ điều trị

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:31:37

Họ tên: .....

Kết quả siêu âm

1. Mô tả tổn thương: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Kết luận: .....

.....

.....

.....

.....

Hình ảnh siêu âm

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Lời dặn của BS chuyên khoa:

Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên: .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu điện tim

(lần thứ .....)

MS: 12/BV-02

Số vào viện .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Cân nặng: ..... kg; Chiều cao: .....cm
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....
- Yêu cầu kiểm tra: .....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ điều trị

Họ tên: .....

vt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Kết quả điện tim

- Chuyển đạo mẫu: .....
.....
- Nhịp, tần số: ..... Góc α: .....
- Trục: ..... Tư thế tim: .....
- P: ..... -PQ: .....
- QRS: .....
.....
- ST: .....
- T: .....
- QT: .....
- Chuyển đạo trước tim: .....

Kết luận:

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

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Lời dặn của BS chuyên khoa:

Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên: .....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

DI

DII

DIII

aVR

a**VL**

aVF

S5 - Đạo trình thực quản MCL 1

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

V1

V2

V3

V4

V5

V6

V4R

3

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu điện não

(lần thứ .....)

MS: 13/BV-02

Số .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....
- Yêu cầu kiểm tra: .....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ điều trị

- Hẹn ghi điện não .....giờ.....; ngày...../...../.....

Họ tên: .....

- Tình trạng người bệnh lúc ghi điện não: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Kết quả điện não

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Lời dặn của BS chuyên khoa:

Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên: .....

vt_hatinh_vt_Soy te Ha Tinh_03/01/2024 08:31:37

Sở Y tế: ..... **Phiếu nội soi** MS: 14/BV-02

BV: ..... *(lần thứ .....)* Số .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....
- Yêu cầu kiểm tra: .....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

- Hẹn ghi điện não: ..... giờ .....; ngày ...../...../..... **Bác sĩ điều trị**

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:31:37

Họ tên: .....

Kết quả nội soi *(loại máy soi, thuốc dùng)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kết luận: .....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Lời dặn của BS chuyên khoa: **Bác sĩ chuyên khoa**

Họ tên: .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu đo chức năng hô hấp

(lần thứ .....)

MS: 15/BV-02

Số .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....

	Dung tích sống	**DT.thở ra Tối đa/giây**	**Tỉ số Tiffenau**	**Thông khí Phút/ tối đa**	**Khí dự trữ**
- Dự kiến					
- Thực tế					
- Tỷ lệ giảm %					
-					
-					

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh - 03/01/2024 08:31:37

Ngày ..... tháng ..... năm .....

BáC Sĩ Điều trị

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên .....

Họ tên .....

.....

Sở Y tế: ..... **Phiếu xét nghiệm** MS: 16/BV-02

BV: ..... **Bệnh phẩm:** ..... Số .....……

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:31:37

Yêu cầu xét nghiệm	**Kết quả xét nghiệm**

Ngày ..... tháng ..... năm ..... *Ngày ..... tháng ..... năm .....*

BáC Sĩ Điều trị **Trưởng khoa xét nghiệm**

Họ tên ..... Họ tên .....

Sở Y tế: ..... Phiếu xét nghiệm MS: 17/BV-02

BV: ..... **Huyết học** Số .....

syt_tinh_vesso Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Thường: Cấp cứu: ☐ ☐

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

- Địa chỉ: .....Số thẻ BHYT: ☐☐☐☐☐ Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....

- Chẩn đoán: .....

1. Tế bào máu ngoại vi:

Chỉ số	**Kết quả**	**Chỉ số**	**Kết quả**
☐ Số lượng HC: nam (4,0-5,8 x10^{12}/l) nữ (3,9-5,4 x10^{12}/l)		☐ Số lượng BC (4-10 x 10^9/l)	
☐ Huyết sắc tố: nam (140-160 g/l) nữ (125-145 g/l)		☐ Thành phần bạch cầu (%):	
☐ Hematocrit nam (0,38-0,50 l/l) nữ (0,35-0,47 l/l)		- Đoạn trung tính	
		- Đoạn ưa a xít	
☐ MCV (83-92 fl)		- Đoạn ưa ba zơ	
☐ MCH (27-32 pg)		- Mono	
☐ MCHC (320-356 g/l)		- Lympho	
☐ Hồng cầu có nhân (0 x 10^9/l)		- Tế bào bất thường	
☐ Hồng cầu lưới (0,1-0,5 %)			
☐ Số lượng tiểu cầu (150-400 x10^9/l)			
		☐ Máu lắng: giờ 1 (< 15 mm)	
☐ KSV sốt rét:		giờ 2 (< 20 mm)	

2. Đông máu:

☐ Thời gian máu chảy: ..... phút .....

☐ Thời gian máu đông: ..... phút .....

3. Nhóm máu: ☐ Hệ ABO:

☐ Hệ Rh:

..... Giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm ..... *..... Giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm .....*

BáC Sĩ Điều trị **Trưởng khoa xét nghiệm**

Họ tên ..... Họ tên .....

Hướng dẫn:

- Quy ước quốc tế: số lượng hồng cầu, bạch cầu... tính trong đơn vị lít (l).

- Vì: 1.000.000.000 = 10^9 = G (Giga); 1.000.000.000.000 = 10^{12} = T (Tera). - Số lượng hồng cầu trước đây tính trong 1ml, ví dụ là 4 triệu; nay quy ra trong 1 lít là 4 triệu triệu/ l hay 4 x 10^{12}/ l hay 4T/l.

Sở Y tế: ..... Phiếu xét nghiệm MS: 18/BV-02

BV: ..... **huyết - Tuỷ đồ** Số .....

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

- Địa chỉ: .....Số thẻ BHYT: | | | | | |

- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....

- Tóm tắt quá trình bệnh lí, triệu chứng thực thể (gan, lách, hạch): .....

.....

.....

- Chẩn đoán lâm sàng: .....

.....

- Yêu cầu xét nghiệm:.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Làm xét nghiệm ..... giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm ..... **Bác sỹ điều trị**

Kết quả test xylocain 2%

Bác sỹ đọc test xylocain 2%:

Họ tên .....

Kết quả

Huyết đồ	**Kết quả**	**Hoá học tế bào**	**Kết quả**
Số lượng hồng cầu (x 10^{12}/l)		Peroxydase (+/-)	
Lượng huyết sắc tố (g/l)		Sudan đen (+/-)	
Hematocrit (l/l)		Esterase không đặc hiệu:	
MCV (fl)		- Không ức chế (điểm)	
MCH (pg)		- Có ức chế (điểm)	
MCHC (g/l)		Esterase đặc hiệu (điểm)	
Hồng cầu có nhân (x 10^9/l)		P. A. S (+/-)	
Hồng cầu lưới (%)		Phosphatase kiềm BC (điểm)	
Số lượng bạch cầu (x 10^9/l)		(L.A.P)	
Số lượng tiểu cầu (x 10^9/l)		Hồng cầu nhiễm sắt: (%)	
		(Sideroblast) (điểm)	

Nhận xét: .....

.....

.....

Kết luận: .....

.....

Đề nghị: .....

Ngày ..... tháng .....năm .....

Trưởng khoa xét nghiệm

Họ tên .....

syt_hatinh_vn_Sở Y tế Hà Tĩnh_03/01/2024 08:51:37

tuỷ đồ

tế bào		Tuỷ bình thường (%)	Kết quả	
			Tuỷ	Máu
Số lượng tế bào tuỷ xương (25-85 x 10^9/l)				
Nguyên tuỷ bào (Myeloblast)		0 - 1		
Tiền tuỷ bào (Promyelocyte)		0 - 2		
Tuỷ bào (Myelocyte)	Trung tính (Neutrophil)	3 - 8		
	Ưa a xít (Eosinophil)	0 - 1		
	Ưa ba zơ (Basophil)	0 - 1		
Hậu tuỷ bào (Metamyelocyte)	Trung tính (Neutrophil)	5 - 12		
	Ưa a xít (Eosinophil)	0 - 1		
	Ưa ba zơ (Basophil)	0 - 1		
Bạch cầu đũa (Band)	Trung tính (Neutrophil)	5 - 12		
	Ưa a xít (Eosinophil)	0 - 1		
	Ưa ba zơ (Basophil)	0 - 1		
BC đoạn (Segment)	Trung tính (Neutrophil)	25 - 41		
	Ưa a xít (Eosinophil)	1 - 4		
	Ưa ba zơ (Basophil)	0 - 1		
Nguyên lympho bào	(Lymphoblast)	0 - 1		
Tiền lympho	(Prolymphocyte)	0 - 1		
Lympho	(Lymphocyte)	11 - 26		
Nguyên tương bào	(Plasmoblast)	0 - 1		
Tiền tương bào	(Proplasmocyte)	0 - 1		
Tương bào	(Plasmocyte)	0 - 1		
Nguyên mono bào	(Monoblast)	0 – 1		
Tiền mono	(Promonocyte)	0 - 1		
Mono	(Monocyte)	0 - 2		
Nguyên tiền hồng cầu	(Proerythroblast)	0 - 1		
Nguyên hồng cầu ưa ba zơ	(Erythroblast basophil)	0,1 - 4		
Nguyên hồng cầu đa sắc	(Erythroblast polycromatophil)	0,8 - 8		
Nguyên hồng cầu ưa a xít	(Erythroblast acidophil)	2,6 - 12		
Hồng cầu lưới		0,5 – 1,2		
Nguyên mẫu tiểu cầu	(Megakaryoblast)	0 - 3		
Mẫu tiểu cầu ưa ba zơ	(Megakaryocyte basophil)	5 - 18		
MTC hạt chưa sinh tiểu cầu (Megakariocyte granular)		38 - 54		
MTC hạt đang sinh tiểu cầu (Megakariocyte mature)		21 - 41		

% tế bào dòng MTC

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:...37

MTC nhân tự do (nhân trơ)	< 5		
Tế bào khác			

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu xét nghiệm Chẩn đoán

rối loạn đông cầm máu

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

MS: 19/BV-02

Số .....

syt_hanh_v_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....Số thẻ BHYT: ☐☐☐☐☐

Khoa: ..... Buồng: .....Giường:.....

- Chẩn đoán lâm sàng: .....
- Tóm tắt bệnh lý:.....

.....

.....

STT	Tên xét nghiệm	Đơn vị	Chỉ số bình thường	Kết quả của bệnh nhân
1	Thời gian máu chảy	Phút	≤ 4	
2	Thời gian máu đông	Phút	7-10	
3	Co cục máu	Mức độ	Co hoàn toàn	
4	PT (Prothrombin Time - thời gian Prothrombin)	Giây		
		%	> 70	
		INR		
5	Thời gian Howell	Phút	1’15” - 2’30”	
6	APTT (Activated Partial Thromboplastin Time	Giây		
	- thời gian thromboplastin từng phần hoạt hóa)	Chỉ số bệnh/chứng		
7	TT (Thrombin Time - thời gian thrombin)	Giây		
		Chỉ số bệnh/chứng		
8	Nghiệm pháp rượu	Dương, âm	Âm	
9	Nghiệm pháp Von Kaulla	Dương, âm	Âm	
10	Ngưng tập tiểu cầu với ADP	%		
11	Ngưng tập tiểu cầu với collagen	%		
12	Ngưng tập tiểu cầu với Ristocetin	%		
13	Yếu tố 3 tiểu cầu	%		
14	Yếu tố 4 tiểu cầu	giây		
15	Định lượng yếu tố đông máu :	%		
16	F.D.P (Fibrin Degradation Product - sản phẩm thoái giáng sợi huyết)	μg/ml	< 5 μg/ml	
17	D -dimer	μg/ml	< 0,05μg/ml	
18	Xét nghiệm khác			

Nhận xét: .....

.....

Ngày.....tháng.....năm.....

BáC Sĩ Điều trị

Ngày .....tháng.....năm.....

Trưởng khoa xét nghiệm

Họ tên .....

Họ tên .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu xét nghiệm

Sinh thiết tuỷ xương

MS: 20/BV-02

Số .....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....Số thẻ BHTY: | | | | | |
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: ....
- Chẩn đoán lâm sàng: ....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

.....

Bác sĩ điều trị

Họ tên: .....

Sinh thiết: ..... giờ ..... .ngày ..... tháng ..... năm ..... *Số:.....*

Kết quả

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kết luận: .....

.....

.....

Đề nghị: .....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Trưởng khoa xét nghiệm

Họ tên: .....

Sở Y tế: ..... Phiếu xét nghiệm MS: 21/BV-02

BV: ..... **tế bào Nước dịch** Số .....

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

syt_hatinh_VT_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Bệnh phẩm: ……

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....Số thẻ BHYT: ☐☐☐☐☐
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....

1. Nước tiểu:

Hồng cầu	Bạch cầu	Trụ hạt	Trụ trong	Trụ mỡ	Tế bào biểu mô		
					Thận	Niệu đạo	Bàng quang

Cặn oxalat	Cặn cacbonat	Cặn sulphat	Cặn photphat	Cặn urat	Cặn khác	Tinh trùng

2. Nước não tuỷ: - Số lượng HC (x 10^{12}/l): .....

- Số lượng tế bào có nhân (x 10^{9}/l): .....

+ Bạch cầu đoạn trung tính (%): .....

+ Bạch cầu lympho (%) .....

+ Bạch cầu mono (%): .....

+ Các tế bào khác (%): .....

3. Dịch khác:

+ Hồng cầu (Có +/ Không -) .....

+ Bạch cầu đoạn trung tính (%) .....

+ Bạch cầu lympho (%): .....

+ Bạch cầu mono (%) .....

+ Các tế bào khác (%):.....

.....

.....

Ngày.....tháng.....năm..... *Ngày .....tháng.....năm.....*

BáC Sĩ Điều trị **Trưởng khoa xét nghiệm**

Họ tên ..... Họ tên .....

Sở Y tế: .....

Phiếu xét nghiệm Hoá sinh máu

MS: 22/BV-02

BV: .....

Số .....

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....Số thẻ BHYT: ☐☐☐☐☐
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....

syt_hatinh_VT_Sở Y te Ha Tinh 03/01/2024 08:51:37

Tên xét nghiệm	**Trị số bình thường**	**Kết quả**	**Tên xét nghiệm**	**Trị số bình thường**	**Kết quả**
Urê	2,5-7,5 mmol/L		Sắt	Nam: 11-27 μmol/L Nữ : 7-26 μmol/L	
Glucose	3,9- 6,4 mmol/L		Magiê	0,8- 1,00 mmol/L	
Creatinin	Nam: 62- 120 μmol/L Nữ : 53- 100 μmol/L		AST (GOT)	≤ 37 U/L- 37^0 C	
Acid Uric	Nam:180- 420 μmol/L Nữ : 150- 360 μmol/L		ALT (GPT)	≤ 40 U/L- 37^0 C	
BilirubinT.P	≤ 17 μmol/L		Amylase		
BilirubinT.T	≤ 4,3 μmol/L		CK	Nam: 24-190U/L- 37^0 Nữ: 24- 167 U/L- 37^0	
BilirubinG.T	≤ 12,7 μmol/L		CK-MB	≤ 24 U/L- 37^0	
ProteinT.P	65- 82 g/L		LDH	230- 460 U/L- 37^0	
Albumin	35- 50 g/L		GGT	Nam: 11- 50 U/L- 37^0 Nữ : 7- 32 U/L- 37^0	
Globulin	24- 38 g/L		Cholinesterase	5300- 12900 U/L- 37^0	
Tỷ lệ A/G	1,3-1,8		Phosphatase kiềm		
Fibrinogen	2- 4 g/L		**Các xét nghiệm khí máu**		
Cholesterol	3,9- 5,2 mmol/L		pH động mạch	7,37- 7,45	
Triglycerid	0,46- 1,88 mmol/L		pCO_2	Nam: 35- 46 mmHg Nữ : 32- 43 mmHg	
HDL- cho.	≥ 0,9 mmol/L		pO_2 động mạch	71- 104 mmHg	
LDL- cho.	≤ 3,4 mmol/L		HCO_3 chuẩn	21- 26 mmol/L	
Na^+	135- 145 mmol/L		Kiềm dư	-2 đến +3 mmol/L	
K^+	3,5- 5 mmol/L		**Các xét nghiệm khác**		
Cl^-	98- 106 mmol/L		-		
Calci	2,15- 2,6 mmol/L		-		
Calci ion hoá	1,17- 1,29 mmol/L		-		
Phospho	TE: 1,3- 2,2 mmol/L NL: 0,9- 1,5 mmol/L		-		

Giờ.....Ngày ..... tháng ..... năm .....

..... Giờ ..... Ngày ..... tháng ..... năm .....

BáC Sĩ Điều trị

Trưởng khoa xét nghiệm

Họ tên .....

Họ tên .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu xét nghiệm Hoá sinh

nước tiểu, phân, dịch chọc dò

MS: 23/BV-02

Số .....

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

syt_hatinh_vt@so Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....Số thẻ BHYT: ☐☐☐☐☐
..... Buồng: .....Giường: .....
- Chẩn đoán: .....

Xét nghiệm	**Kết quả**	**Xét nghiệm**	**Kết quả**
Nước tiểu thường quy cơ bản		**Phân**	
Tỉ trọng (1,015- 1,025)		Huyết sắc tố	
pH (4,8- 7,4)		Stecobilin	
Bạch cầu (< 10 /μL)		Stecobilinogen	
Hồng cầu (< 5/μL)		Máu toàn phần trong phân	
Nitrit (âm tính)		XN khác:	
Protein (< 0,1 g/L)		-	
Glucose (< 0,84 mmol/L)		**Dịch não tuỷ**	
Thể cetonic (< 5 mmol/L)		Protein (< 0,45 g/L)	
Bilirubin (< 3,4 μmol/L)		Glucose (2,2- 3,8 mmol/L)	
Urobilinogen (< 16,9 μmol/L)		Clorua (120- 130 mmol/L)	
Dưỡng chấp		Phản ứng Pandy	
Porphyrin		XN khác:	
Protein Bence- Jones		-	
Nước tiểu 24 giờ		**Dịch vị**	
Tổng thể tích (L)		HCl tự do/ đói:.. (14-16 mmol/L)	
Protein (0,05- 0,07 g/d)		HCl toàn phần/ đói:.. (25 mmol/L)	
Glucose (0,3- 1,1 mmol/d)		XN khác:	
Urê (300- 550 mmol/d)		-	
Creatinin (9- 22 mmol/d)		**Dịch chọc dò khác**	
Acid uric (1,5- 4,5 mmol/d)		Phản ứng Rivalta	
Amylase (< 900 U/d- 37^{0}C)		Protein (g/L)	
Na^+ (100- 300 mmol/d)		**Xét nghiệm khác:**	
K^+ (35- 80 mmol/d)		-	

.....Giờ.....Ngày ..... tháng ..... năm .....

BáC Sĩ Điều trị

.....Giờ ..... Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ chuyên khoa

Họ tên .....

Họ tên .....

Sở Y tế: .....

BV: .....

Phiếu xét nghiệm vi sinh

MS: 24/BV-02

Số .....

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

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

- Địa chỉ: .....Số thẻ BHYT: ☐☐☐☐☐

- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....

- Chẩn đoán: .....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Yêu cầu xét nghiệm		**Kết quả**
Trực tiếp		
Nuôi cấy	Vi khuẩn ái khí:	
	Vi khuẩn kỵ khí:	
Phản ứng HT		

.....Giờ..... *ngày ..... tháng ..... năm .....*

BáC Sĩ Điều trị

Họ tên .....

Chủng vi khuẩn làm kháng sinh đồ: .....

S: nhậy cảm; I: trung gian; R: kháng

Kháng sinh	**S**	**I**	**R**	**Kháng sinh**	**S**	**I**	**R**
Penicilline				Erythromycine			
Ampicilline				Tetracycline			
Amo+A.clavulanic				Doxycycline			
Aztreonam				Nalidixic acid			
Mezlocilline				Nofloxacine			
Oxacilline/ phế				Ciprofloxacine			
Oxacilline/ tụ				Ofloxacine			
Cephalotine				Gentamycine			
Cefuroxime				Tobramycine			
Ceftazidime				Amikacine			
Cefotaxime				Netromycine			
Ceftriaxone				Co-trimoxazol			
Cefoperazone				Nitroxoline			
Cefepime				**Kháng sinh khác:**			
Vancomycin				-			
Clindamycin				-			
Chloramphenicol				-			

.....Giờ ..... ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ trưởng khoa xét nghiệm

..... Phiếu xét nghiệm MS: 25/BV-02

BV: ..... **giải phẫu bệnh sinh thiết** Số .....

Thường: Cấp cứu: ☐ ☐

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Khoa: ..... Buồng: .....Giường: .....
- Yêu cầu xét nghiệm:.....

.....

- Sinh thiết được lấy từ:

.....

.....

- Cố định bằng dung dịch: ..... lúc: ..... giờ....., ngày ...../...../.....
- Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng chính và các xét nghiệm khác: .....

.....

.....

.....

.....

- Quá trình điều trị:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Nhận xét đại thể khi lấy sinh thiết:

.....

.....

.....

.....

- Kết quả sinh thiết lần trước (nếu có):

.....

.....

- Chẩn đoán lâm sàng:

.....

.....

Gửi ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ điều trị

Họ tên .....

syt_ninh_vt_So Y te Ha Tinh 03/01/2024 08:51:37

Kết quả sinh thiết:

- Người pha bệnh phẩm: ..... Pha ngày ...../...../ .....
- Số mảnh: ..... - Phương pháp nhuộm: .....
- Tiêu bản làm xong ngày ...../...../..... Người làm tiêu bản: .....

syt_hatinh_vn_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

1. Nhận xét đại thể:

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

2. Nhận xét vi thể:

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

3. Chẩn đoán giải phẫu bệnh:

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

4. Sự phù hợp với chẩn đoán lâm sàng:

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

Trả ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ đọc kết quả **Bác sĩ điều trị**

Họ tên: ..... Họ tên .....

Sở Y tế: ..... **Phiếu xét nghiệm giải phẫu bệnh khám nghiệm tử thi** MS: 26/BV-02

BV: ..... Số vào viện .....

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/Nữ
- Địa chỉ: .....
- Tử vong lúc: ..... giờ ....., ngày ...../...../..... Tại khoa: .....
- Người chứng kiến: .....

syt_hanhh_vt_Sở Y tế Hà Tĩnh_03/01/2024 08:51:37

Tóm tắt quá trình diễn biến bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Chẩn đoán lâm sàng:

+ Khoa khám bệnh: ..... + Khoa điều trị: .....

+ Trước phẫu thuật (nếu có): ..... + Nguyên nhân tử vong: .....

2. Chẩn đoán GPB:

+ Bệnh chính: ..... + Bệnh kèm theo: .....

+ Biến chứng: ..... + Nguyên nhân tử vong: .....

3. Khám nghiệm:

a. Khám nghiệm tổng quát tử thi: .....

.....

.....

.....

.....

b. Khám nghiệm các cơ quan, phủ tạng:

1. Không bình thường 2. Bình thường 3. Nghi ngờ

TT	Cơ quan	Mã	TT	Cơ quan	Mã
01	Nội tiết		07	Hô hấp	
02	Thần kinh		08	Tiêu hoá	
03	Mắt		09	Da và mô dưới da	
04	Tai- Mũi- Họng		10	Cơ- Xương- Khớp	
05	Răng- Hàm- Mặt		11	Tiết niệu- Sinh dục	
06	Tuần hoàn		12	Khác	

Mô tả chi tiết cơ quan bệnh lí:

.....

.....

.....

.....

.....

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

syt_hatinh_vi_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

4. Xét nghiệm tổ chức, tế bào:

- Người pha: ..... - Ngày pha: ...../...../..... - Số mảnh: .....
- Người làm tiêu bản: ..... - Số tiêu bản: .....
- Nhuộm đặc biệt: .....
- Kết quả:

+ Mô tả đại thể:

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

+ Kết luận:

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

5. Xét nghiệm vi khuẩn *(nếu có):*

.....
.....

6. Xét nghiệm độc chất *(nếu có):*

.....
.....

Kết luận chung:

- Chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán giải phẫu bệnh: 1. Phù hợp 2. Không phù hợp

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

Trả ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ đọc kết quả **Bác sĩ điều trị**

Họ tên: ..... Họ tên .....

Sở Y tế..... Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam MS: 27/BV-02

BV: ..... **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** Số vào viện:.....

Khoa: ..... ----------

syt_hanhh_vt_Sở y tế Hà Tĩnh 03/01/2024 08:56:37

Trích Biên bản hội chẩn .....

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/nữ
- Đã điều trị từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....
- Tại số giường ..... Buồng..... Khoa:.....
- Chẩn đoán: ..... Hội chẩn lúc .....giờ .....phút, ngày...../..../ .....
- Chủ toạ: ..... Thư kí: .....
- Thành viên tham gia:.....

.....

.....

.....

.....

Tóm tắt quá trình diễn biến bệnh, quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kết luận (sau khi đã khám lại và thảo luận):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Thư kí **Chủ toạ**

Họ tên ..... Họ tên .....

Hướng dẫn: *- Các dấu chấm sau hội chẩn để ghi hình thức hội chẩn. Thành viên tham gia: ghi tên và chức danh.*

Sở Y tế..... Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam MS: 28/BV-02

BV: ..... Độc lập - Tự do - Hạnh phúc Số vào viện:.....

Khoa: ..... ----------

syt_hanh_vt_Soy te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Trích Biên bản kiểm thảo tử vong

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Nam/nữ
- Số vào viện:.....
- Vào viện lúc: ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....
- Tử vong lúc: ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....
- Tại Khoa: .....
- Kiểm điểm tử vong lúc ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm .....
- Chủ toạ: ..... Thư kí: .....
- Thành viên tham gia:.....

.....

.....

.....

.....

Tóm tắt quá trình diễn biến bệnh, quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kết luận:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Thư kí **Chủ toạ**

Họ tên ..... Họ tên.....

Sở Y tế: .....

Phiếu khám bệnh vào viện

MS: 29/BV-02

BV: .....

Buồng khám bệnh.....

Số vào viện .....

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 giá trị đến 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: .....

II. Lí do vào viện: .....

III. Hỏi bệnh:

1. Quá trình bệnh lí:.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh:

- Bản thân: .....

- Gia đình: .....

IV. Khám xét:

1. Toàn thân: .....

.....

.....

…….....

Mạch: .....lần/ phút
Nhiệt độ: .....C^0
Huyết áp: ...../.....mmHg
Nhịp thở: ..... lần/phút
Cân nặng: .....Kg

2. Các bộ phận: .....

.....

3. Tóm tắt kết quả lâm sàng:.....

.....

4. Chẩn đoán vào viện:.....

5. Đã xử lí (thuốc, chăm sóc...): .....

.....

.....

6. Cho vào điều trị tại khoa:.....

7. Chú ý: .....

Ngày ..... tháng ..... năm .....

Bác sĩ khám bệnh

.

Họ tên .....

vt_patina_vt_Sở Y tế Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

MS: 30/BV2

PHIẾU PHẪU THUẬT GHÉP GIÁC MẠC

- Họ, tên người bệnh: …..... … Tuổi: …… Nam ☐ Nữ ☐
- Ngày vào viện:……/……../20 ……..Ngày, giờ phẫu thuật: ……giờ, ngày ……/……/20……
- Chẩn đoán trước phẫu thuật: ……...
- Chỉ định phẫu thuật:.MP ☐ M T ☐ ……..
- Phẫu thuật viên chính: ……Phẫu thuật viên phụ……
- Bác sĩ gây mê: …….....
- Phẫu thuật: Lần thứ 1: ☐ Lần thứ 2 ☐ Lần thứ 3 ☐ lần thứ 4 ☐

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- **Phương pháp vô cảm**: Mê ☐ Tê tại mắt ☐ Loại thuốc tê: .....……ml.

Lược đồ phẫu thuật	Cách thức phẫu thuật
	+ Cố định mi : ☐ Vành mi ☐ Đặt chỉ cơ trực ☐ + Vòng cố định củng mạc ☐ Kích thước vòng.....mm Chỉ : 4/0 ,7/0 ,8/0 Vị trí: Trên ☐ Dưới ☐ Trong ☐ Ngoài ☐ + Mở KM rìa ☐ 1/4 chu vi ☐ 1/2 chu vi ☐ 3/4 chu vi ☐ toàn bộ CV ☐ + Đốt cầm máu ☐ + Vị trí mảnh ghép:Trung tâm ☐ Lệch tâm ☐ rìa ☐ Có vành củng ☐ + Loại ghép: Xuyên ☐ Lớp ☐ Lớp sâu ☐ Nội mô ☐ + Đường kính khoan mảnh ghép.....mm + Đường kính khoan GM tổn thương: .....mm Loại khoan:…….. + Vào tiền phòng ☐ Bằng khoan ☐ Bằng dao ☐ + Cắt GM tổn thương bằng kéo vannas ☐ + Tổn thương kèm theo: Mống mắt ☐ T3 ☐ Khác ☐ + Cách thức khâu: Mũi rời ☐ Liên tục ☐ + Loại chỉ : Nylon ☐ Prolene ☐ Khác .....cỡ chỉ 10/0 **Phẫu thuật phối hợp**: + Tạo hình mống mắt ☐ Chỉ nylon ☐ Chỉ Prolene ☐ + Cắt bè ☐ Cắt mống mắt chu biên ☐ + Lấy T3: ICCE ☐ ECCE ☐ Phaco ☐ + Vị trí đặt IOL: Trong bao ☐ Cựa củng mạc ☐ TreoIOL ☐ + Cắt dịch kính ☐ Ghép KM rìa ☐ Ghép màng ối ☐ Khâu cò mi ☐ + Mô tả: ……..

	…… + Thuốc tiêm: …….. + Thuốc tra: ……. + Biến chứng trong mổ……..

- Thông tin giác mạc hiến:

+ Tên ngân hàng mắt: .....Số lưu trữ giác mạc……

+ Kích thước vành củng mạc …….. mm

+ Giác mạc được bảo quản lúc.....giờ:……phút…….Ngày:…….tháng……năm.….....…

+ Lấy mảnh ghép giác mạc lúc.....giờ:……phút…….Ngày:…….tháng……năm.….....

+ Thời gian từ lúc bảo quản đến lúc phẫu thuật: ……giờ

+ Đánh giá chung chất lượng GM hiến:

Tuyệt vời ☐ Rất tốt ☐ Tốt ☐ Trung bình ☐ Xấu ☐

+ Số lượng tế bào nội mô:

Ngày tháng năm
Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh 03/01/2024 08:51:37

MS: 31/BV2

PHIẾU PHẪU THUẬT BỀ MẶT NHÃN CẦU

- Họ, tên người bệnh: …… . Tuổi: … Nam ☐ Nữ ☐
- Ngày vào viện: ……../……../20……Ngày, giờ phẫu thuật:…….giờ. ngày……/…../20……
- Chẩn đoán trước phẫu thuật: …….
- Chỉ định phẫu thuật: MP ☐ MT ☐ ……
- Phẫu thuật viên chính: ……Phẫu thuật viên phụ: ….……
- Bác sĩ gây mê: …….....

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê ☐ Tê ☐ CNC, bề mặt ☐ Loại thuốc tê: ……..ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	+ Cố định mi: Vành mi ☐ Chỉ cơ trực ☐ + Gọt tổ chức tổn thương: KM ☐ GM ☐ • Kích thước: ..... mm Toàn bộ NC ☐ • Độ sâu: 1/3 ☐ 1/2 ☐ 3/4 ☐ khác ☐ • Đặc điểm: Tổ chức xơ ☐ Hoại tử ☐ + Tách dính mi cầu: Trên ☐ Dưới ☐ Trong ☐ Ngoài ☐ Toàn bộ ☐ + Ghép màng ối: • Kích thước: ..... mm • Vị trí: GM: Một phần ☐ Toàn bộ ☐ CM: Trên ☐ Dưới ☐ Trong ☐ Ngoài ☐ Toàn bộ nhãn cầu ☐ • Hình thức: 1lớp ☐ 2lớp ☐ 3lớp ☐ Khác ☐ + Ghép KM rìa: Tự thân ☐ Khác ☐ * Vị trí: Một phần ☐ Toàn bộ ☐ Kích thước: ..... mm + Kỹ thuật khâu: Mũi rời ☐ Liên tục ☐ Loại chỉ khâu: Nylon ☐ Prolene ☐ Tiêu ☐ Khác ☐ Cỡ chỉ: 10.0 ☐ 9.0 ☐ 8.0 ☐ Khác ☐ • **PT phối hợp**:Rửa mủ TP ☐ Cắt bè ☐ Lấy T3 ☐ Ngoài bao ☐ Phaco ☐ Đặt IOL ☐ Đặt khuôn ☐ Khâu cò mi ☐ Mô tả: .... • Thuốc tiêm:..... thuốc tra: ..... • Băng che: ☐ Băng ép: ☐

Ngày..... tháng ..... năm.....

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh 03/01/2024 08:31:37

MS: 32/BV2

PHIẾU PHẪU THUẬT GLÔCÔM

Họ, tên người bệnh:……..... Tuổi..... Nam □ Nữ □

Chẩn đoán trước phẫu thuật: Glôcôm góc đóng □ Glôcôm góc mở □ Glôcôm bẩm sinh □

Glôcôm thứ phát □, do.....

Giai đoạn bệnh: Tiềm tàng □ Sơ phát □ Tiến triển □

Trầm trọng □ Gần tuyệt đối □ Tuyệt đối □

Ngày vào viện: ...../ ...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật: .....giờ, ngày...../...../20.....

Phương pháp phẫu thuật: Cắt mống mắt □ Cắt bè □ Cắt CMS □

Rạch bè □ Mở bè □ Khác □

Phẫu thuật lần.....

Phẫu thuật viên chính.....Phẫu thuật thuật viên phụ.....

Bác sĩ gây mê :…….....

Trình tự phẫu thuật

Phương pháp vô cảm: Mê □ Tê bề mặt □ Dưới bao tenon □ CNC □ Loại thuốc tê …..ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	Cố định nhãn cầu: Vành mi □ Chỉ cơ trực □ Chỉ giác mạc □ Tạo vạt KM: Kinh tuyến:.....giờ Đáy cùng đồ □ Đáy vùng rìa □ Tình trạng bao Tenon: Bình thường □ Dày □ Xơ □ Ức chế tạo xơ: 5FU □ MMC □ Collagen □ Màng ối □ Khác □..... Vị trí: Trên nắp CM □ Dưới nắp CM Cả hai vị trí □ Thời gian.....phút Lạng bớt bao Tenon: Có □ Không □ Cắt bỏ lớp thượng CM: Có □ Không □ Vạt CM: Vạt CM thứ nhất: kích thước….x…..mm Vạt CM thứ hai……x…..mm Chọc TP: Có □ Không □ Cắt mẩu bè: Vị trí vùng bè □ Trước bè □ Rạch bè □ Bộc lộ ống Schlemm □ Cắt thành ngoài ống □ Bóc thành trong ống □ Cắt mống mắt: Có □ Không □ Ngoại vi □ Khu vực □ Tình trạng thể mi: Phì đại □ Bình thường □ Không rõ □ Khâu nắp CM: số mũi.....; Chỉ rút: có □ không □ Loại chỉ: ….. Tái tạo TP: Nước □ Hơi □ Khâu KM: Khâu vắt □ Mũi rời □.....mũi Nylon □..../0 Vicryl □..../0 Diễn biến khác xảy ra trong phẫu thuật:..... ..... Tiêm mắt: Không □ Có □ Dưới KM CNC □ Thuốc..... Thuốc tra mắt:.....Băng.....

Ngày .....tháng.....năm 20.....

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên……

sy_hanh_h_vn_Sở Y tế Ha Tinh_03/01/2025 08:51:37

MS: 33/BV2

PHIẾU PHẪU THUẬT LÁC

- Họ, tên người bệnh: ….....…… ……Tuổi: …….. Nam ☐ Nữ ☐
- Ngày vào viện: ……./……../ 20 ….Ngày giờ phẫu thuật: .....giờ , ngày ...../...../20 .....
- Chẩn đoán trước phẫu thuật: .....
- Chỉ định phẫu thuật: MP ☐ MT ☐……..
- Phẫu thuật viên chính:……..Phẫu thuật viên phụ:……..
- Bác sĩ gây mê: …….....

syt_hatinh_vt_so_y_te_tp_ha_tinh_03/01/2024 08:54:07

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- **Phương pháp vô cảm**: Mê ☐ Tê ☐ Loại thuốc tê: .....…… ml

Lược đồ phẫu thuật	**Trình tự phẫu thuật**
1. Lùi cơ	Mắt phải ☐ Mắt trái ☐ Hai mắt ☐ - Mở kết mạc: Rìa ☐ cùng đồ ☐ vị trí..... - Bộc lộ cơ: Trực trong ☐ Trực ngoài ☐ Trực trên ☐ Trực dưới ☐ - Khâu cơ hết bề rộng cơ ☐ Khâu hai bờ cơ ☐ Loại chỉ Vicryl .6./0 ……. - Cắt cơ khỏi chỗ bám, khâu lùi cơ ra sau nhãn cầu vào củng mạc cách chỗ bám cũ .....mm . - Khâu lùi cơ có vòng quai ☐ Khâu chỉnh chỉ ☐ - Di chuyển: không ☐ có ☐ lên trên ☐ xuống dưới ☐ - Faden: Không ☐ Có ☐ .....mm - Khâu kết mạc : Không ☐ Có ☐
2. Rút ngắn cơ	Mắt phải ☐ Mắt trái ☐ Hai mắt ☐ - Mở kết mạc: Rìa ☐ Cùng đồ ☐ vị trí..... - Bộc lộ cơ Trực trong ☐ Trực ngoài ☐ Trực trên ☐ Trực dưới ☐ - Rút ngắn cơ về phía trước.....mm. - Khâu cơ đã rút vào chỗ bám cũ chỉ Vicryl 6/0 - Cắt cơ thừa, cầm máu. Khâu gấp cơ ……mm - Khâu kết mạc : Không ☐ Có ☐
3. Cơ chéo	Mắt phải ☐ Mắt trái ☐ Hai mắt ☐ Chéo lớn ☐ Chéo bé ☐ - Mở kết mạc: Cùng đồ ☐ vị trí.....Bộc lộ cơ …… - Lùi cơ ☐ .....mm Gấp cơ ☐ .....mm Buông cơ ☐ - Loại chỉ: Nylon ☐ Vicryl ☐ - Khâu kết mạc: Không ☐ Có ☐ Vicryl ☐ Catgutte ☐...../0 - Tra mắt kháng sinh: Không ☐ Có ☐ …… - Băng mắt Băng ép ☐ Không băng ☐

Ngày tháng năm 20…

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

PHIẾU PHẪU THUẬT TÚI LỆ

MS : 34/BV2

- Họ, tên người bệnh : ……Tuổi: ……Nam Nữ ☐ ☐
- Ngày vào viện : ……/……/20… Ngày, giờ phẫu thuật:……giờ, ngày……../……/20…..
- Chẩn đoán trước phẫu thuật: …….....
- Chỉ định phẫu thuật: MP ☐ MT ☐……..
- Phẫu thuật viên chính: ……Phẫu thuật viên phụ...……
- Bác sĩ gây mê: …….....
-Phẫu thuật: Lần thứ 1 ☐ Lần thứ 2 ☐ Lần thứ 3 ☐ Lần thứ 4 ☐

syt_hatinh_vu_So_Y_te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- **Phương pháp vô cảm**: Mê ☐ tê ☐ Loại thuốc tê :..... ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	+ Rạch da cách góc trong …..mm; Đường rạch dài…mm + Tách bộc lộ dây chằng mi trong ☐ **CẮT TÚI LỆ** ☐ + Bộc lộ túi lệ ☐ + Cắt túi lệ : Cắt toàn bộ túi lệ ☐ Còn sót một phần túi lệ ☐ + Đốt cầm máu ☐ + Đặt dẫn lưu ở vùng cắt túi lệ ☐ + Biến chứng, diễn biến đặc biệt..... **NỐI THÔNG LỆ MŨI** ☐ + Tạo vạt màng xương :▪ Vạt màng xương rộng đủ khâu ☐ ▪ Vạt màng xương rách không đủ khâu ☐ + Tạo cửa sổ xương sang mũi kích thước....…x…....mm + Khâu nối túi lệ và niêm mạc mũi:▪ Khâu thành sau ☐ bằng chỉ ……...-0 ▪ Khâu thành trước ☐ bằng chỉ ……..-0 + Đặt ống silicon: Không ☐ có ☐ Đặt qua hai lệ quản ☐ Đặt qua 1 lệ quản: ☐ Trên ☐ Dưới ☐ + Đặt gạc cầm máu + Khâu phục hồi phần mềm, khâu dây chằng mi trong ☐ chỉ..... + Khâu da:▪ Có khâu ☐ chỉ …...…….. ▪ Không khâu ☐ + Diễn biến đặc biệt..... + Tra…….. Băng ☐

Hà Nội, Ngày tháng năm 20…..

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên……..

MS: 35/BV2

PHIẾU PHẪU THUẬT SỤP MI

- Họ, tên người bệnh: …..... …… …… Tuổi: …….. Nam ☐ Nữ ☐
- Ngày vào viện:……/……/20….. Ngày, giờ phẫu thuật: ……giờ , ngày……/……/20…
- Chẩn đoán trước phẫu thuật: …….....
- Cách thức phẫu thuật: MP ☐ MT ☐ ……..
- Phẫu thuật viên chính: ……Phẫu thuật viên phụ: …..……
- Bác sĩ gây mê: ……

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- **Phương pháp vô cảm**: Mê ☐ Tê tại mắt ☐ Loại thuốc tê: .....……..… ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
1. Rút ngắn cơ nâng mi trên	**I.** Mắt phải ☐ Mắt trái ☐ Cố định mi …… - Rạch da mi trên cách bờ tự do.....mm - Cắt vạt da hình vòng cung kích thước ……mm. - Bộc lộ cơ nâng mi trên, rút ngắn cơ.....mm - Khâu cơ nâng mi đã rút vào sụn mi trên chỉ vicryl ☐ ...../0 - Cắt mẩu cơ thừa, cầm máu - Khâu da mi tạo hai mí : Không ☐ Có ☐ Loại chỉ:..... - Tra mắt kháng sinh: Có ☐ Không ☐ - Băng mắt: Băng che ☐ Băng ép ☐ Không băng ☐
2. Treo cơ trán	**II.** Mắt phải ☐ Mắt trái ☐ Cố định mi …….. - Rạch da mi trên cách bờ tự do …...mm : Có ☐ Không ☐ - Rạch da trên cung mày hai đường 1 mm ☐ - Rạch da giữa cung mày 1 mm ☐ - Qua các điểm trên luồn chỉ treo mi trên vào cơ trán ☐ Loại chỉ ..... - Buộc chỉ và vùi đầu chỉ Khâu da trán: Có ☐ Không ☐ - Bất thường trong phẫu thuật..... - Tra mắt kháng sinh: có ☐ không ☐ - Băng mắt: băng che ☐ băng ép ☐ không băng ☐

Hà Nội, ngày tháng năm 20 ….

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên:……

Số bệnh án: .....

PHIẾU PHẪU THUẬT MỘNG

- Họ, tên người bệnh: …..... …… …… Tuổi: …….. Nam ☐ Nữ ☐
- Ngày vào viện:……/……/20….. Ngày, giờ phẫu thuật: ……giờ , ngày……/……/20… ……..
- Chẩn đoán trước phẫu thuật: …….....
- Cách thức phẫu thuật : MP ☐ MT ☐ ……..
- Phẫu thuật viên chính: ……..Phẫu thuật viên phụ: ……..
- Bác sĩ gây mê: ……

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- **Phương pháp vô cảm**: Mê ☐ Tê tại mắt ☐ Loại thuốc tê: .....……..… …….ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	+ Đặt vành mi: + Cắt rời đầu mộng: ☐ Phẫu tích thân mộng ☐ + Đốt cầm máu: ☐ + Áp MMC/5FU: Nồng độ ..... Thời gian:……phút + Rửa bề mặt MC: Dung dịch NaCl 0,9% ☐ Ringer lactat ☐ Khác:……Số lượng:…….ml + Gọt đầu mộng: ☐ +Lấy mảnh KM ghép sát rìa: • Vị trí: Trên ☐ Dưới ☐ Kích thước: …… + Lấy mảnh màng ối : ☐ Kích thước :…… ……. + Khâu mảnh ghép: Chỉ …….Số mũi …… + Khâu KM che phần mộng đã cắt bỏ ☐ Số mũi……. + Biến chứng - Thủng KM ☐ Thân mộng ☐ giác mạc ☐ Cắt vào cơ trực mảnh KM ghép + Cách xử trí:…… + Diễn biến khác …… …… + Tra kháng sinh: Nước ☐ Mỡ ☐ Loại thuốc:…… . + Băng ép ☐

Hà Nội, ngày tháng năm 20 ....

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên:……

syt_hatinh_vtt_So Y te Ha Tinh 03/01/2024 08:51:37

Số bệnh án: .....

PHIẾU PHẪU THUẬT THỂ THUỶ TINH

Họ tên người bệnh:…….....……Tuổi.....Nam/Nữ
Chẩn đoán: Đục T3 già □ Đục T3 bệnh lí □ Lệch T3 □ Đục T3 bẩm sinh □ Không có T3 □
Ngày vào viện, :...../...../.20.....Ngày,giờ phẫu thuật....:...../...../.20..... .....
Phương pháp phẫu thuật: Phaco □ Ngoài bao □ Trong bao □ Treo củng mạc □
Phẫu thuật viên chính:..... Phẫu thuật viên phụ .....
Bác sỹ gây mê hồi sức:.....

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

Phương pháp vô cảm: Mê ☐ Tê tại mắt ☐ Loại thuốc tê: .....……..… …….ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	1. Cố định nhãn cầu: Vành mi □ Chỉ cơ trực □ 2. Tình trạng T3 :..... 3. Mở KM rìa: Không □ Có □ kinh tuyến:.....giờ 4. Mở vào TP: Giác mạc □ Vùng rìa □ Củng mạc □ Vị trí: kinh tuyến .....giờ Kích thước.....mm 5. Nhuộm bao: Có □ không □ 6. Xé bao trước T3 □ Mở bao hình tem thư □ 7. Tách nhân □ Xoay nhân: khó khăn □ dễ dàng □ 8. Đẩy nhân ra ngoài □ Chất nhầy: Có □ không □ 9. Tán nhân: năng lượng.....%, lực hút.....mmHg, tốc độ dòng chảy..... 10. Hút chất T3: IA □ Kim hai nòng □ 11. Đặt IOL: Mềm □ Cứng □ Đặt bằng pince □ Bằng súng □ Đặt trong túi bao □ Rãnh thể mi □ Cố định IOL củng mạc □ 12. Rách bao sau: không □ Có □: Vị trí rách.....Kích thước..... Cắt bao sau: Không □ Có □ Cắt bằng kéo □ Máy cắt DK □ Cắt mống mắt ngoại vi: Không □ Có □ vị trí ..... Phục hồi vết mổ: Bơm phù □ Khâu vắt □ Khâu mũi rời □..... mũi Loại chỉ...../0 Diễn biến khác:..... ..... Tiêm mắt: Không □ Có □ Dưới KM, CNC □ Loại thuốc:..... Tra mắt .....Băng .....

Hà Nội, ngày tháng năm 20 ....

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên:……

syt_hatinh_vt_so Y te Ha Tinh_03/11/2024 08:51:37

Số bệnh án: .....

PHIẾU PHẪU THUẬT SAPEJKO

- Họ, tên người bệnh: …..... …… …… Tuổi: …….. Nam ☐ Nữ ☐
- Ngày vào viện:……/……/20….. Ngày, giờ phẫu thuật: ……giờ , ngày……/……/20…
- Chẩn đoán trước phẫu thuật: …….....
- Cách thức phẫu thuật: MP ☐ MT ☐ ……
- Phẫu thuật viên chính: ……Phẫu thuật viên phụ: ……
- Bác sĩ gây mê: ……

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê ☐ Tê tại mắt ☐ Loại thuốc tê: .....……..… …….ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	+ Lấy mảnh niêm mạc môi ☐ Vị trí: Môi trên ☐ Môi dưới ☐ Rạch niêm mạc môi ☐ Lấy ….. mảnh Kích thước …. .X …….mm …….. Khâu phục hồi niêm mạc kiểu : Rời ☐ Vắt ☐ Loại chỉ: ……. • Tra Betadin 5% ☐ • Cố định mi : Mi trên ☐ Mi dưới ☐ Loại chỉ: ..... + Đặt thanh đè ☐ + Rạch bờ mi ☐ + Khâu mảnh niêm mạc môi vào bờ mi vừa rạch • Kiểu khâu: Rời ☐ Vắt ☐ Loại chỉ: ..... + Rạch da mi ☐ Khoảng cách đến bờ mi.....mm + Cắt da mi thừa ☐ Kích thước phần da mi đã cắt.....mm + Bộc lộ sụn mi ☐ Tạo máng sụn ☐ + Đốt cầm máu ☐ Khâu sụn mi ☐ Khâu treo ngoài da mũi chữ U loại chỉ..... Khâu máng sụn chỉ tự tiêu dưới da loại chỉ..... + Khâu da mi kiểu : Rời ☐ Vắt ☐ Loại chỉ:..... + Tra kháng sinh: Dung dịch ☐ Mỡ ☐ Tên thuốc..... + Băng ép ☐

Hà Nội, ngày tháng năm 20 ….

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên:……

syt_hatinh_vbqpp_Ha Tinh_0391/2024 08:51:37

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

Tờ số: .....

MS: 36/BV2
Số vào viện……
Mã người bệnh……..

Họ và tên người bệnh: .....Tuổi: ..... ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa: .....Phòng:..... Giường: .....

Chẩn đoán: .....

Chẩn đoán phân biệt: .....

.....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Thời gian (Ngày, giờ)	**Diễn biến bệnh** (Viết diễn biến theo cấu trúc như SOAP)	**Chỉ định**

Ghi chú: Bác sỹ ký ngay sau mỗi lần ghi chép trong phần “Diễn biến bệnh” hoặc “Chỉ định”.

Hướng dẫn cách ghi chép theo cấu trúc (SOAP)

- S (Hỏi bệnh): ghi lại các thông tin của người bệnh tự khai như triệu chứng, bệnh sử, bối cảnh xuất hiện bệnh, tiến triển…
- O (Kết quả khám): ghi lại các thông tin do bác sỹ thăm khám như các dấu hiệu sinh tồn, các kết quả xét nghiệm...
- A (Đánh giá): Đánh giá, phân tích kết quả và chẩn đoán trên cơ sở thông tin tự khai của người bệnh và kết quả khám bệnh.
- P (Kế hoạch điều trị): tóm tắt tình hình, diễn biến bệnh, đưa ra nhận định, đưa ra hướng xử trí tiếp theo.
- Chỉ định: cụ thể hóa kế hoạch điều trị như các vấn đề cần theo dõi (theo dõi thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp...), các loại thuốc sử dụng, các thủ thuật cần làm...

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/04/2024 08:51:37

Cơ quan chủ quản ……..

Cơ sở KC, CB …….

KHOA:……..

PHIẾU THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC CẤP 1

Tờ số:.....

Chẩn đoán:……

Họ và tên :……Tuổi:……☐ Nam ☐ Nữ MS: 37/BV2

Mã số người bệnh:……Ngày vào viện:……..Số giường:……Cân nặng:……..

Dị ứng: ☐Không ☐ Có:.....

SPO_2	M	H.A	t^0	NGÀY :
100	220	270	42	
96	200	220	41	
92	180	170	40	
90	160	120	39	
88	140	**100**	38	
86	120	**80**	**37**	
84	100	**60**	36	
82	**60**	40	35	
80	40	20	34	
Toàn thân	Da/ niêm mạc			
	Tri giác/ Glassgow …			
Hô hấp				
Tuần hoàn				
Giấc ngủ, nghỉ ngơi				
Vệ sinh cá nhân				
Tinh thần				
Vận động/ Phục hồi chức năng				
Giáo dục sức khỏe				
NƯỚC NHẬP				
TỔNG NHẬP:				TC:
NƯỚC XUẤT				
TỔNG XUẤT				TC:
XOAY TRỞ NB: (N, P, T), TỰ DO (TD)				
CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG				
TÊN ĐIỀU DƯỠNG				

CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG/ LƯỢNG GIÁ MỤC TIÊU

Chẩn đoán 1: ……

☐ Mục tiêu: ……

☐ Mục tiêu: ……

Chẩn đoán 2: ……

☐ Mục tiêu: ……

☐ Mục tiêu: ……

Chẩn đoán 3: ……

☐ Mục tiêu: ……

☐ Mục tiêu: ……

Chẩn đoán 4: ……

☐ Mục tiêu: ……

☐ Mục tiêu: ……

GHI CHÚ/ BÀN GIAO

QUY ƯỚC KÝ HIỆU

syt_hatinh_vt_So_Y_te_Ha_Tinh_03/01/2024 08:51:37

In khổ A3 Ngang

Cơ sở KB, CB.....
Khoa.....

PHIẾU THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC
(Cấp 2 – 3)

Tờ số: .....

MS: 38/BV1
Số vào viện.....
Mã người bệnh.....

Họ và tên người bệnh: .....Tuổi: ..... ☐ Nam ☐ Nữ
Phòng:..... Giường: .....
Chẩn đoán: .....
Tiền sử dị ứng: ☐ Chưa ghi nhận ☐ Có, ghi rõ: .....

vt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:53:37

Ngày:		..../...../20..	..../...../20..	...../..../20..	**Chẩn đoán ĐD/Đánh giá mục tiêu**
Giờ:					
Phân cấp chăm sóc					**Chẩn đoán 1** ……..... ……..... ☐ Mục tiêu 1 ……..... ☐ Mục tiêu 2 ……..... **Chẩn đoán 2** ……..... ……..... ☐ Mục tiêu 1 ……..…… ☐ Mục tiêu 2 ……..... **Chẩn đoán 3** ……..... ……..... ☐ Mục tiêu 1 ……..... ☐ Mục tiêu 2 ……..... **Chẩn đoán 4** ……..... ……..... ☐ Mục tiêu 1 ……..... ☐ Mục tiêu 2 ……..... **Quy ước ký hiệu** (+): Có (-) : Không (/) : Không ghi nhận …….....
Nhận định, theo dõi					
Chỉ số sinh tồn, sinh trắc	Mạch (lần/phút)				
	Nhiệt độ (^{0}C)				
	Huyết áp (mmHg)				
	Nhịp thở (lần/phút)				
	SpO_2 (%)				
	Cân nặng				
	BMI				
Toàn thân	Da, niêm mạc				
	Tri giác				
	….....				
Hô hấp					
Tuần hoàn					
Dinh dưỡng					
Giấc ngủ, nghỉ ngơi					
Vệ sinh cá nhân					
Tinh thần					
Vận động, PHCN					
GDSK					
Theo dõi khác	Đau				
	Loét do tỳ đè				
	Nguy cơ ngã				
	Cảnh báo sớm				
Can thiệp điều dưỡng					
Thực hiện thuốc theo chỉ định					
Thực hiện theo chỉ định CLS					
Chăm sóc điều dưỡng					
Tư vấn, giáo dục sức khỏe					
Bàn giao					
Tên điều dưỡng thực hiện					

Hướng dẫn sử dụng phiếu theo dõi và chăm sóc

Thông tin người bệnh:

1. Ghi chính xác và thống nhất giữa các phiếu trong Hồ sơ.

Nhận định, theo dõi:

1. Chỉ số sinh tồn, sinh trắc: ghi giá trị bằng số.

2. Toàn thân, hô hấp, tuần hoàn, dinh dưỡng, giấc ngủ, nghỉ ngơi, vệ sinh cá nhân, tinh thần, vận động, PHCN, GDSK: ghi rõ nội dung nhận định hoặc xây dựng các nội dung nhận định và mã hóa.

VD: Da, niêm mạc có thể ghi rõ nội dung hoặc mã hóa là: 01. Hồng; 02. Vàng; 03 Nhợt nhạt

Chú ý: để tạo thuận lợi cho việc nhận định và tùy thuộc nội dung nhận định, việc xây dựng nên có 1 mã "Bình thường" và các mã bệnh lý.

3. Một số thang đo gợi ý áp dụng bao gồm:

- Đau (Với trẻ sơ sinh sử dụng thang điểm như NIPS (Neonatal Infant Pain Scale - Thang đo mức độ đau của trẻ sơ sinh); với trẻ dưới 7 tuổi sử dụng thang điểm như FLACC ((Face, Legs, Actitivity, Cry, Consolability - Mặt, chân, hoạt động, khóc, Đáp ứng khi được dỗ dành); với trẻ trên 7 tuổi sử dụng thang điểm như VAS (Visual Analog Scale – Thang đo trực quan tương ứng).
- Phù: Mức độ phù sử dụng thang điểm đánh giá như phân loại từ 1 - 4 (Độ 1: ấn lõm < 2 mm, biến mất ngay lập tức; Độ 2: ấn lõm 2 - 4 mm, biến mất sau 10 – 15 giây; Độ 3: ấn lõm 4 - 6 mm, có thể tồn tại > 1 phút; Độ 4: ấn lõm 6 - 8 mm, có thể tồn tại từ 2 – 5 phút).
- Nguy cơ té ngã (sử dụng thang điểm như Morse).
- Nguy cơ loét do tỳ đè (sử dụng thang điểm đánh giá như Braden).
- Cảnh báo sớm (sử dụng bảng điểm cảnh báo sớm như NEWS2).
- Đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch (sử dụng thang điểm như VIP Score).

Can thiệp điều dưỡng:

Ghi rõ nội dung can thiệp hoặc xây dựng các nội dung can thiệp và mã hóa (Cột ngoài cùng bên phải hoặc trên trang khác tùy theo số lượng mã hóa).

VD: Ký hiệu theo phân theo các nhóm như Hô hấp có các mã H01. Hướng dẫn ho khạc đờm, vỗ lưng, giữ ấm cổ ngực; H02 - Cung cấp Oxy...; Tuần hoàn có các mã T01- Nằm đầu thấp, T02 - Hạn chế vận động... Hoặc ký hiệu theo thứ tự quy ước như 01 - Theo dõi DHST, 02- Thở oxy, 03- Vỗ rung, uống nước ấm…

Bàn giao

Xây dựng các nội dung bàn giao theo đặc thù chung của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

VD: Bàn giao hồ sơ, phim, người bệnh,…

Chẩn đoán điều dưỡng/Đánh giá mục tiêu:

1. Xây dựng chẩn đoán điều dưỡng và đưa ra các mục tiêu chăm sóc đối với từng chẩn đoán. Chẩn đoán điều dưỡng được xây dựng khi người bệnh nhập khoa và sẽ cập nhật khi người bệnh có phát sinh những vấn đề hoặc nhu cầu mới.

2. Thực hiện đánh giá/lượng giá mục tiêu chăm sóc: đánh dấu (X) vào các ô mục tiêu **<u>sau khi</u>** đã hoàn thành.

Ví dụ: Chẩn đoán ĐD "người bệnh khó chịu do vệ sinh cá nhân kém".

☐ *Mục tiêu "người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ": chưa hoàn thành.*

☒ *Mục tiêu "người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ": hoàn thành.*

3. Mục tiêu chưa hoàn thành (Không đánh dấu (X)): sẽ tiếp tục thực hiện hoặc thay đổi mục tiêu theo vấn đề hiện tại của người bệnh.

4. Trường hợp khi người bệnh xuất viện nhưng các mục tiêu chăm sóc chưa hoàn thành, điều dưỡng tiến hành tư vấn và hướng dẫn người bệnh tiếp tục chăm sóc tại nhà.

Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU NHẬN ĐỊNH – PHÂN LOẠI NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CẤP CỨU

MS: 39/BV1
Số vào viện……....
Mã người bệnh ……..

A. THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH:

Họ và tên:……..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Phòng:..... Giường:.....

B. PHẦN NHẬN ĐỊNH - PHÂN LOẠI

1. Ngày đến khám: ..... giờ ..... ngày ...../...../20.....

2. Lý do vào viện, vấn đề sức khỏe: .....

3. Kết quả đánh giá:

Dấu hiệu sinh tồn, cơ thể

Thời gian thực hiện	Nhiệt độ	Mạch	Huyết áp	Nhịp thở	Sp02	BMI	Thang điểm hôn mê Glasgow
Lần thứ 1:							
Lần thứ 2:							

Toàn trạng: ☐ Tốt ☐ Trung bình ☐ Xấu

Đau ngực: ☐ Không ☐ Có (Đo điện tâm đồ nếu cần thiết)

Thang điểm đau: .....

Nguy cơ té ngã : ☐ Không ☐ Thấp ☐ Trung bình ☐ Cao

Trạng thái tinh thần: ☐ Bình thường ☐ Lo lắng ☐ Ủ rũ ☐ Kích động ☐ Hung hăng

Nồng độ đường huyết: ..... (đo đường huyết nếu cần thiết)

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có: .....

Kết quả phân loại mức độ cấp cứu: ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 ☐ Loại 3 ☐ Loại 4 ☐ Loại 5

Người bệnh được chuyển đến: ☐ Phòng hồi sức ☐ Giường cấp cứu ☐ Khác

Người bệnh được chuyển đến Khoa khác: ☐ Không ☐ Có - Ghi rõ và nêu lý do:

.....

.....

Giờ thực hiện:.....:..... **Họ và tên người thực hiện**:.....*Chữ ký:*.....

Kết quả phân loại mức độ cấp cứu (Lần 2): ☐ Loại 1 ☐ Loại 2 ☐ Loại 3 ☐ Loại 4 ☐ Loại 5

Giờ thực hiện:..... :..... **Họ và tên người thực hiện**:.....*Chữ ký:*.....

THANG PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ CẤP CỨU

LOẠI	PHẢN ỨNG	PHÂN LOẠI	DẤU HIỆU LÂM SÀNG (chỉ mang tính chất trình bày)
LOẠI 1	Đánh giá và điều trị cùng lúc và ngay lập tức	**Đe dọa mạng sống ngay lập tức** Tình trạng bệnh đe dọa mạng sống (hoặc sắp có nguy cơ xấu) và cần phải có sự can thiệp mạnh mẽ ngay lập tức.	Ngừng tim. Ngừng hô hấp. Nguy cơ ngay lập tức tới đường thở. Nhịp thở < 10 lần/phút. Suy hô hấp cấp. Huyết áp < 80mmHg (người lớn) hoặc trẻ em/trẻ sơ sinh sốc nặng. Không đáp ứng hoặc đáp ứng chỉ với cơn đau (Điểm Glasgow < 9). Co giật liên tục/kéo dài. Quá liều tiêm tĩnh mạch và không phản ứng hoặc giảm thông khí. Rối loạn hành vi nghiêm trọng với mối đe dọa trực tiếp bạo lực nguy hiểm
LOẠI 2	Đánh giá và điều trị trong 10 phút (đánh giá và điều trị thường cùng lúc)	**Sắp đe dọa tới mạng sống** Tình trạng của người bệnh đủ nghiêm trọng hoặc xấu đi nhanh tới nỗi có nguy cơ đe dọa tới mạng sống, hoặc suy hệ thống các bộ phận cơ thể nếu không được điều trị trong vòng 10 phút sau khi tới bệnh viện. HOẶC **Điều trị có tính quyết định liên quan tới thời gian** Khả năng điều trị có tính quyết định liên quan tới thời gian (ví dụ: làm tan huyết khối, giải độc) để thực hiện một tác động đáng kể đến kết quả lâm sàng phụ thuộc vào điều trị bắt đầu trong vòng một vài phút sau khi người bệnh tới Khoa cấp cứu. **HOẶC** **Đau rất nghiêm trọng** Cần phải giảm cơn đau rất nghiêm trọng trong vòng 10 phút.	Nguy cơ đường thở - thở rít hoặc chảy nước dãi và suy kiệt. Suy hô hấp nghiêm trọng. Bệnh lý tuần hoàn máu: • Da lạnh và nổi đốm, tưới máu kém. • Nhịp tim < 50 hoặc >150 (người lớn). • Hạ huyết áp và ảnh hưởng huyết động. • Mất máu nghiêm trọng. Đau ngực có thể liên quan tới tim. Đau nghiêm trọng bất kỳ nguyên nhân nào. Mức đường huyết < 3 mmol/L. Gà gật, giảm phản ứng đối với bất kỳ nguyên nhân nào (Điểm Glasgow < 13). Liệt nửa người cấp/chứng bất lực ngôn ngữ. Sốt có dấu hiệu hôn mê (mọi lứa tuổi). Nghi ngờ nhiễm trùng huyết do não mô cầu. Axit hoặc kiềm bắn vào mắt cần phải rửa mắt. Đa chấn thương nghiêm trọng (cần phản ứng nhanh của nhân viên y tế). Chấn thương khu trú nghiêm trọng - nứt xương nặng. Tiền sử nguy cơ cao: • Nhiễm độc nguy hiểm/nặng do động vật cắn. • Đau nghiêm trọng có thể do nghẽn mạch phổi, phình động mạch chủ bụng.

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/07/2024 08:51:37

LOẠI	PHẢN ỨNG	PHÂN LOẠI	DẤU HIỆU LÂM SÀNG (chỉ mang tính chất trình bày)
			Hành vi/tâm thần: • Hung hăng hoặc gây hấn. • Đe dọa ngay lập tức cho bản thân hoặc người khác. • Yêu cầu hoặc đã yêu cầu kiềm chế. • Kích động nặng hoặc gây hấn.
LOẠI 3	Đánh giá và điều trị trong vòng 30 phút	**Có khả năng đe dọa tới mạng sống** Tình trạng của người bệnh có thể đe dọa tới tính mạng hoặc các chi hoặc có thể dẫn đến tình trạng bệnh nặng, nếu đánh giá và điều trị không được bắt đầu trong vòng 30 phút sau khi người bệnh đến. **HOẶC** **Tình huống khẩn cấp** Có thể mang lại kết quả bất lợi nếu điều trị có tính quyết định liên quan tới thời gian không được bắt đầu trong vòng 30 phút sau khi người bệnh đến. **HOẶC** **Đau, khó chịu nghiêm trọng** Cần phải giảm cơn đau rất nghiêm trọng trong vòng 30 phút.	Tăng huyết áp nghiêm trọng. Mất máu nghiêm trọng - bất kỳ nguyên nhân gây khó thở vừa. SpO_2: 90 - 95%. Mức đường huyết >16 mmol/L. Co giật (hiện đã tỉnh). Sốt nếu bị ức chế miễn dịch ví dụ người bệnh ung thư, điều trị steroid. Nôn mửa kéo dài. Bị mất nước. Chấn thương đầu bị mất ý thức trong thời gian ngắn - hiện đã tỉnh. Đau nặng vừa - bất kỳ nguyên nhân nào - cần dùng thuốc giảm đau. Đau ngực có thể không liên quan tới tim và mức độ vừa. Đau bụng không có các biểu hiện nguy cơ cao - đau vừa tới nghiêm trọng hoặc người bệnh > 65 tuổi. Tổn thương chi mức độ vừa - biến dạng, rách nghiêm trọng, dập nát. Chi - thay đổi cảm giác, trụy mạch cấp. Chấn thương - tiền sử nguy cơ cao mà không có biểu hiện nguy cơ cao khác. Trẻ sơ sinh ổn định. Trẻ có nguy cơ bị ngược đãi/chấn thương nghi ngờ không phải do ngẫu nhiên Hành vi/tâm thần: • Rất đau đớn, nguy cơ tự làm tổn thương. • Loạn thần cấp hoặc rối loạn tư tưởng. • Khủng hoảng tình huống, cố ý tự làm tổn thương. • Kích động/lãnh đạm. • Có thể hung hăng.

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

LOẠI	PHẢN ỨNG	PHÂN LOẠI	DẤU HIỆU LÂM SÀNG (chỉ mang tính chất trình bày)
LOẠI 4	Đánh giá và Điều trị trong 45 phút	**Có thể nghiêm trọng** Tình trạng của người bệnh có thể xấu đi hoặc dẫn tới kết quả bất lợi, nếu không bắt đầu đánh giá và điều trị trong vòng 1 giờ khi tới Khoa cấp cứu. Các triệu chứng ở mức độ vừa phải hoặc kéo dài. **HOẶC** Có thể có kết quả bất lợi nếu điều trị có tính quyết định liên quan tới thời gian không bắt đầu trong vòng 1 giờ. **HOẶC** **Phức tạp hoặc mức độ nghiêm trọng đáng kể** Có thể cần khám chẩn đoán và tư vấn phức tạp và/hoặc nhập viện để xử trí. **HOẶC** **Đau và khó chịu nhiều** Cần phải giảm cơn đau rất nghiêm trọng trong vòng 45 phút.	Xuất huyết nhẹ. Hít dị vật vào đường hô hấp, không suy hô hấp. Chấn thương ngực mà không đau xương sườn hoặc suy hô hấp. Khó nuốt, không suy hô hấp. Chấn thương đều nhẹ, không mất ý thức. Đau vừa phải, một số đặc điểm nguy cơ. Nôn hoặc tiêu chảy nhưng không mất nước. Viêm mắt hoặc có dị vật trong mắt thị lực bình thường. Chấn thương nhẹ ở chi - mắt cá chân bị bong gân, có thể gãy xương, vết rách không phức tạp đòi hỏi phải can thiệp sinh hiệu bình thường, đau ít/ vừa. Bó bột chặt, không suy thần kinh - mạch. Khớp sưng đỏ. Đau bụng không đặc hiệu. Hành vi/ tâm thần: • Bệnh tâm thần bán cấp. • Đang được theo dõi và/hoặc không có nguy cơ ngay lập tức cho bản thân hay người khác.
LOẠI 5	Đánh giá và điều trị trong 60 phút	**Ít khẩn cấp** Tình trạng của người bệnh là mạn tính hoăc nhẹ mà triệu chứng hay kết quả lâm sàng sẽ không bị ảnh hưởng đáng kể nếu đánh giá và điều trị chậm trễ sau 01 - 02 giờ từ khi người bệnh đến. **HOẶC** Vấn đề liên quan tới lâm sàng - hành chính. Chỉ kiểm tra kết quả, giấy xác nhận y khoa, đơn thuốc.	Đau rất nhẹ không có đặc điểm nguy cơ cao. Tiền sử nguy cơ thấp và hiện không có triệu chứng bệnh. Triệu chứng nhẹ của bệnh ổn định hiện tại. Triệu chứng nhẹ của bệnh có nguy cơ thấp. Các vết thương nhỏ, trầy xước nhỏ, vết rách nhỏ (không cần khâu). Lên lịch khám lại ví dụ: khám vết thương, thay băng vết thương phức tạp. Do tiêm chủng. Hành vi/tâm thần: • Người bệnh được biết đến với các triệu chứng mạn tính. • Người bệnh khỏe mạnh về mặt lâm sàng hay bị khủng hoảng xã hội.

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_0919.024.686.133

Cơ sở KB, CB..... **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** MS: 40/BV2

Khoa..... Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY CUNG CẤP THÔNG TIN VÀ CAM KẾT CHUNG VỀ NHẬP VIỆN NỘI TRÚ

vt_catanh_t_Sở Y-te Ha Tinh_07/01/2024 08:51:07

I. Thông tin hành chính

Họ và tên người bệnh:……..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ: .....

Điện thoại:.....

Họ và tên thân nhân khi cần báo tin:..... là.....của người bệnh.

Điện thoại:.....

Các giấy tờ người bệnh/thân nhân nộp khi nhập viện:

- Bản sao căn cước/hộ chiếu: ☐ Có ☐ Không
- Thẻ BHYT: ☐ Có ☐ Không ☐ Có, không mang theo
- Giấy chuyển viện: ☐ Có ☐ Không
- Khác:.....

II. Cam kết của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Người bệnh được thông tin, giải thích về tình trạng sức khỏe; phương pháp, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; được hướng dẫn cách tự theo dõi, chăm sóc, phòng ngừa tai biến.
2. Người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh bằng phương pháp an toàn phù hợp với bệnh, tình trạng sức khỏe của mình và điều kiện thực tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. Người bệnh được tôn trọng danh dự, bảo vệ sức khỏe và tôn trọng bí mật riêng tư trong khám bệnh,
4. Người bệnh được lựa chọn phương pháp khám bệnh, chữa bệnh. Chấp nhận hoặc từ chối tham gia nghiên cứu y sinh học về khám bệnh, chữa bệnh.
5. Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được đọc, xem, sao chụp, ghi chép hồ sơ bệnh án và cung cấp tóm tắt hồ sơ bệnh án khi có yêu cầu bằng văn bản.
6. Người bệnh được cung cấp và giải thích chi tiết về các khoản chi trả dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi có yêu cầu.
7. Người bệnh được từ chối khám bệnh, chữa bệnh và rời khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi có văn bản cam kết.

Sau khi cung cấp các thông tin nêu trên, tôi xác nhận rằng:

1. Tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân về nội dung và mục đích của mẫu giấy này.
2. Tôi đã dành đủ thời gian để người bệnh/thân nhân đặt các câu hỏi liên quan đến mẫu đơn và nội dung của mẫu đơn hoặc bất kỳ mối quan tâm nào khác và tôi đã trả lời các câu hỏi/mối quan tâm đó.
3. Tôi tin rằng người bệnh/thân nhân hiểu những điều tôi đã giải thích.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người cung cấp thông tin

(Ký, ghi rõ họ tên)

III. Cam kết của người bệnh

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý vào điều trị tại *(tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)*..... và cam kết:

1. Tôn trọng các y, bác sỹ và người khác làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. Cung cấp trung thực và chịu trách nhiệm về thông tin liên quan đến nhân thân, tiền sử, bệnh sử, tình trạng sức khỏe của tôi, hợp tác đầy đủ với các y, bác sỹ và người khác làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. Chấp hành chỉ định về chẩn đoán, phương pháp chữa bệnh của các y, bác sỹ.
4. Chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định khác.
5. Chấp hành và yêu cầu thân nhân, người đến thăm chấp hành nội quy của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:07

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 41/BV2

GIẤY CAM KẾT TỪ CHỐI SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

syt_binhdinh_vt_So Y te Binh Dinh_03/04/2024 08:51:

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:……Năm sinh: ..... ☐ Nam ☐ Nữ

☐ Là người bệnh

☐ Là ……......của người bệnh ..... Năm sinh:.....

Đang điều trị tại khoa: .....Phòng:..... Giường:.....

II. NỘI DUNG

Phương pháp điều trị/chỉ định dự kiến thực hiện: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tôi đã được giải thích về lợi ích của phương pháp điều trị dự kiến, những nguy cơ, đặc biệt là những rủi ro, biến chứng có thể xảy ra nếu từ chối điều trị hoặc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nêu trên.

Tôi xác nhận việc từ chối điều trị hoặc sử dụng dịch vụ y tế trên vào.....giờ..… ngày...../...../20.....

Người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

Nguy cơ/ rủi ro: .....

.....

.....

Tôi xác nhận đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh về lợi ích, nguy cơ, biện pháp thay thế của việc từ chối sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trên.

Ngày...../...../20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB..... MS: 42/BV2

PHIẾU CUNG CẤP
THÔNG TIN VỀ NGƯỜI BỆNH
(TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC)

syt_hatinh_vt_Sở Y tế Ha Tinh_02/01/2024 08:51:37

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

Người bệnh

1. Họ và tên:…….....

2. Tuổi:……. ☐ Nam ☐ Nữ

3. Địa chỉ: …….....

Thân nhân của người bệnh

1. Họ và tên:…….....……..

2. Quan hệ với người bệnh:…….....……

3. Điện thoại: ..…….....……

II. NỘI DUNG

1 Chẩn đoán: .....

.....

.....

2 Vấn đề của người bệnh

1.....

2. .....

3. .....

3 Tiên lượng GẦN: .....

Tiên lượng XA: .....

4 Kế hoạch điều trị, theo dõi, chăm sóc cho người bệnh:

.....

.....

.....

.....

III. Ý KIẾN CỦA THÂN NHÂN CỦA NGƯỜI BỆNH:

.....

.....

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ điều trị
(Ký, ghi rõ họ tên)

Người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU BÀN GIAO
NGƯỜI BỆNH CHUYỂN KHOA

(Dành cho Bác sỹ)

MS: 43/BV2
Số vào viện……..……....
Mã người bệnh……...…..

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:53:37

I. THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH:

Họ và tên người bệnh:……..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa: ..... Phòng:..... Giường: .....

II. THÔNG TIN BÀN GIAO:

Lý do chuyển:.....

.....

.....

Lý do nhập viện: .....

.....

.....

Diễn biến bệnh: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Chẩn đoán: .....

Đã can thiệp:.....

.....

.....

.....

.....

Tình trạng hiện tại:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kế hoạch điều trị tiếp theo:

.....

.....

.....

.....

.....

Thời gian bàn giao: ..... giờ ..... ngày ...../...../20.....

Khoa bàn giao:..... **Khoa nhận:** .....

Bác sỹ*:*
(Ký, ghi rõ họ tên)

Bác sỹ*:*
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....

MS: 44/BV2
Số vào viện……...……...
Mã người bệnh……...…..

PHIẾU BÀN GIAO NGƯỜI BỆNH CHUYỂN KHOA

(Dành cho Điều dưỡng)

Do điều dưỡng chịu trách nhiệm chăm sóc người bệnh điền trước khi chuyển bệnh giữa các khoa trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ngoại trừ người bệnh được chuyển đến/chuyển đi từ phòng mổ) hoặc chuyển đến cơ sở y tế khác.

Họ và tên người bệnh:……..... Tuổi:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Ngày giờ chuyển: ...../...../20.....

Bác sỹ chỉ định chuyển: .....

Chuyển từ: ..... Đến:.....

Lý do chuyển: .....

☐ Chuyển theo yêu cầu của người bệnh/thân nhân

Chẩn đoán: .....

Tình trạng người bệnh: ☐ Tốt ☐ Nhẹ ☐ Nặng

Mức độ tỉnh táo: ☐ Tỉnh táo ☐ Buồn ngủ/ngủ gà ☐ Kích động
☐ Lú lẫn ☐ Hôn mê

Đau: ☐ Không ☐ Có: Thang điểm đau:…….....…điểm

Nguy cơ té ngã: ☐ Không ☐ Có: Thang điểm nguy cơ té ngã:.....điểm

Nhiệt độ:.....^{0}C Mạch:...../phút HA: ...../.....mmHg Nhịp thở:.....lần/phút SpO2: .....%

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:……..

☐ Đường truyền tĩnh mạch ngoại biên Nơi đặt:..... Ngày đặt: ...../...../20.....

☐ Đường truyền tĩnh mạch trung tâm Ngày đặt: ...../...../20.....

☐ Đường truyền động mạch Ngày đặt: ...../...../20.....

☐ Ống thông tiểu Ngày đặt: ...../...../20.....

☐ Dẫn lưu Nơi đặt 1:..... Nơi đặt 2:.....

Khác:.....

☐ Liều thở Oxy:..... L/phút

Da: ☐ Vết loét do tì đè (ghi rõ): .....
☐ Băng vết thương (ghi rõ, ví dụ như băng đơn giản/vừa phải/phức tạp/bỏng...)
.....
Ngày cắt chỉ: ...../...../20.....

Dinh dưỡng: ☐ Nhịn ăn uống ☐ Qua ống thông ☐ Chế độ ăn.....

Vận động: ☐ Không phụ thuộc ☐ Xe lăn ☐ Ngồi ghế
☐ Nằm tuyệt đối tại giường

Bài tiết: ☐ Tiểu có tự chủ ☐ Tiểu không tự chủ ☐ Qua lỗ bài tiết nhân tạo

Thuốc đã điều trị trong ngày: ☐ Không ☐ Có Lúc: .....giờ.....phút

Thuốc cần sử dụng tiếp: ☐ Không ☐ Có: Lúc: .....giờ.....phút

Tài liệu bàn giao: ☐ Hồ sơ bệnh án ☐ Vật dụng cá nhân ☐ Khác

Điều dưỡng khoa chuyển	**Điều dưỡng khoa nhận**
(Ký, ghi rõ họ tên)	*(Ký, ghi rõ họ tên)*

syt_admin_vt_Sở Y tế Hà Tĩnh 03/01/2024 08:41:37

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 45/BV2

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

GIẤY CAM KẾT
CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Kính gửi: *(Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)*.....

Tôi tên là: .....

Địa chỉ:.....

Ngày sinh: ...../ ...../..... Số Căn cước/Hộ chiếu: .....

☐ Là người bệnh

☐ Là …….....của người bệnh .....Tuổi: .....

Đang điều trị tại khoa:.....Cơ sở KB, CB: .....

Chẩn đoán: .....

.....

.....

Tôi đã được bác sỹ điều trị giải thích, tư vấn cụ thể về tình trạng bệnh của tôi/thân nhân của tôi và những nguy cơ biến chứng, rủi ro có thể xảy ra trên đường vận chuyển, tôi đề nghị được chuyển đến *(tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)*..... để tiếp tục theo dõi, chăm sóc, điều trị cho tôi/thân nhân của tôi.

Tôi cam kết trong quá trình chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nếu có nguy cơ biến chứng, rủi ro có thể xảy ra với tôi/thân nhân của tôi, chúng tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm.

Tôi cam kết thực hiện các nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế (nếu có).

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB..... **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** MS: 46/BV2

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY CAM KẾT RA VIỆN
KHÔNG THEO CHỈ ĐỊNH CỦA BÁC SỸ
(Khi chưa kết thúc việc chữa bệnh)

Kính gửi (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh): .....

Tôi tên là: .....

Địa chỉ:.....

Ngày sinh: ...../...../..... Số Căn cước/Hộ chiếu: .....

☐ Là người bệnh

☐ Là …….....của người bệnh .....Tuổi: .....

Đang điều trị tại khoa:.....Cơ sở KB, CB: .....

XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ

Tôi xác nhận rằng tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh về các nguy cơ và lợi ích của việc điều trị, chuyển viện (cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) hoặc rời khỏi viện sớm được đề xuất trái với lời khuyên của bác sỹ như mô tả dưới đây.

☐ Từ chối chấp thuận khám bệnh/Điều trị/Nằm viện (hoặc rút lại sự chấp thuận)

Lý do/lợi ích của việc khám bệnh/điều trị/nằm viện được đề xuất:

.....

Các nguy cơ của việc từ chối khám bệnh/điều trị/nằm viện: .....

.....

☐ Xin xuất viện sớm

Các nguy cơ về sức khỏe của người bệnh do xuất viện sớm:

.....

☐ Từ chối Chấp thuận chuyển viện đến cơ sở y tế khác

Lý do chuyển viện được đề xuất: .....

Các nguy cơ của việc từ chối chấp thuận chuyển viện:.....

.....

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN CỦA NGƯỜI BỆNH

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi xác nhận quyết định của tôi về việc không làm theo chỉ định, lời khuyên của bác sỹ như đã nêu ở trên và xác nhận rằng tôi nhận thức về các rủi ro đối với tôi/thân nhân của tôi do không làm theo chỉ định, lời khuyên của bác sỹ.

Qua đơn này tôi cam kết không để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ..... và các nhân viên y tế có liên quan đã điều trị/tư vấn cho tôi/thân nhân của tôi phải chịu trách nhiệm vì đã không điều trị hoặc chuyển viện hoặc xuất viện như đã nêu trên.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)

HOÀN THÀNH MỤC NÀY NẾU NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN CỦA NGƯỜI BỆNH TỪ CHỐI KÝ GIẤY CAM KẾT RỜI KHỎI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH KHÔNG THEO CHỈ ĐỊNH CỦA BÁC SỸ

☐ Người bệnh/thân nhân từ chối ký

☐ Đã đọc giấy này cho người bệnh/thân nhân

Họ và tên bác sỹ:..... .....

Chữ ký..... .....Ngày...../...../20.....

Họ và tên nhân chứng thứ 1:..... .....

Chữ ký..... .....Ngày...../...../20.....

Họ và tên nhân chứng thứ 2:..... .....

Chữ ký..... .....Ngày...../...../20.....

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_23/01/2024 08:51:37

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 47/BV2

BIÊN BẢN KIỂM THẢO TỬ VONG

vt_Nation_vt_So_Y_te_Ha_Tinh_03/01/2024 08:51:37

A. HÀNH CHÍNH:

1. Thời gian họp: ……giờ…… ngày ……tháng ..... năm 20.....
2. Địa điểm: .....
3. Chủ trì:.....
4. Thư ký: .....
5. Thành viên:.....

.....

B. NỘI DUNG KIỂM THẢO:

I. Thông tin liên quan đến người bệnh:

Họ và tên người bệnh: ..... Năm sinh:..... ☐ Nam ☐ Nữ

Dân tộc:..... Quốc tịch:. .....

Địa chỉ:.....

Số vào viện:. .....

Số Căn cước/Hộ chiếu:.....

Ngày cấp:...../...../..... Nơi cấp: .....

Vào viện lúc: ..... giờ ..... phút; ngày ..... tháng ..... năm 20.....

Tử vong lúc: ..... giờ ..... phút; ngày ..... tháng ..... năm 20.....

Tại khoa:.....

Nguyên nhân chính gây tử vong:.....

.....

.....

.....

II. Diễn biến bệnh:

1. Tóm tắt bệnh sử:.....

.....

.....

.....

2. Tình trạng lúc vào viện (toàn thân, các bộ phận, các xét nghiệm...): .....

.....

.....

.....

3. Chẩn đoán (của cơ sở, khoa khám bệnh, khoa điều trị, khi tử vong, giải phẫu bệnh nếu có):

.....

.....

.....

4. Tóm tắt diễn biến bệnh, quá trình điều trị, chăm sóc, kết quả:

TT	Diễn biến, quá trình điều trị, kết quả	Khoa điều trị	Thời gian
1	…….. …….. …….. ……..		
2	…….. …….. …….. ……..		
3	…….. …….. …….. ……..		

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

Khác: .....

.....

.....

III. Nguyên nhân khách quan, chủ quan, bài học kinh nghiệm trong quá trình điều trị, chăm sóc:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Kết luận:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Biên bản này đã được thư ký đọc cho mọi người nghe và nhất trí cùng ký tên, từng người dưới đây:

Các thành viên *(Ký, ghi rõ họ tên)*	**Thư ký** *(Ký, ghi rõ họ tên)*	**Chủ trì** *(Ký, ghi rõ họ tên)*

-

-

-

Cơ quan chủ quản..... **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** MS: 48/BV2
Cơ sở KB, CB..... **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN
ĐIỀU TRỊ BẰNG HÓA TRỊ - XẠ TRỊ

syt_banh_dt_Nguyen Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

I. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:…….....
Địa chỉ: …….....
Số Căn cước/Hộ chiếu:……Tuổi:……. ☐ Nam ☐ Nữ

☐ Là người bệnh

☐ Là ……....của người bệnh.....Tuổi: .....

Đang điều trị tại khoa: .....Phòng:.....

II. XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ

Qua văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh mục đích của việc điều trị bằng hóa trị - xạ trị và đã cung cấp cho người bệnh/thân nhân các thông tin liên quan đến điều trị bằng hóa trị - xạ trị.

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

III. XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý tiếp nhận/thân nhân của tôi tiếp nhận hóa trị bao gồm các loại thuốc sau:
.....
.....
và xạ trị chiếu ngoài cơ thể tại (ghi rõ vị trí xạ trị): .....
Tôi đồng ý về việc sử dụng dấu xăm trên da của tôi/thân nhân của tôi cho mục đích xạ trị chính xác.
Bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích rằng quá trình hóa trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ bao gồm khoảng.....chu kỳ của điều trị hóa trị, mỗi chu kỳ cách nhau khoảng .....ngày và quá trình xạ trị của tôi sẽ bao gồm khoảng.....lần, mỗi lần cách nhau khoảng .....ngày. Tôi hiểu rằng nếu không điều trị bệnh của tôi/thân nhân của tôi có thể nặng lên, có thể duy trì tình trạng ổn định trong một khoảng thời gian nhưng hiếm khi được cải thiện tốt hơn.
Tôi xác nhận đã được cung cấp mọi thông tin liên quan đến hóa trị - xạ trị, tôi đã được các Bác sỹ trao đổi về các nguy cơ, tác dụng phụ và biện pháp cần thực hiện bao gồm:

– Hóa trị - xạ trị có tác dụng phụ lâu dài bao gồm tổn thương phổi, tim, gan, cột sống, da, niêm mạc và/hoặc bàng quang và bệnh bạch cầu cấp tính cũng có thể phát triển do hóa trị.

– Hóa trị - xạ trị có thể có hại cho thai nhi nên tôi phải thông báo cho bác sỹ nếu tôi nghĩ rằng tôi/thân nhân của tôi đang có thai và bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi/ thân nhân của tôi đang không có thai.

– Hóa trị thường ảnh hưởng chức năng sinh sản, có thể làm cho tôi/thân nhân của tôi khó có con. Do vậy, cần phải sử dụng các biện pháp tránh thai khi đang hóa trị, xạ trị.

– Khi thuốc hóa trị được đưa vào tĩnh mạch, sẽ có một tỷ lệ rủi ro nhất định về nhiễm trùng máu hoặc thuốc hóa trị rò rỉ ra ngoài tĩnh mạch gây khó chịu hoặc tổn thương mô tế bào.

– Các thông tin điều trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ được lưu giữ ở dạng giấy hoặc điện tử và có thể dùng để hội chẩn, trao đổi thông tin và các hoạt động khác được pháp luật cho phép.

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 49/BV2

GIẤY CAM KẾT CHẤP THUẬN ĐIỀU TRỊ BẰNG XẠ TRỊ

Sở Y tế Hà Tĩnh_03/01/2022 08:51:37

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI KÝ

Tôi tên là:…….....… Tuổi……..… ☐ Nam ☐ Nữ

Địa chỉ: …….....

☐ Là người bệnh

☐ Là ……......của người bệnh.....Tuổi:.....

Đang điều trị tại khoa: .....Phòng:.....

II. XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ

Qua văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã giải thích cho người bệnh/thân nhân của người bệnh mục đích của việc thực hiện điều trị bằng xạ trị và đã cung cấp cho người bệnh/thân nhân các thông tin liên quan đến việc điều trị bằng xạ trị.

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

III. XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH/THÂN NHÂN NGƯỜI BỆNH

Bằng việc ký vào mẫu đơn này, tôi đồng ý tiếp nhận/thân nhân của tôi tiếp nhận điều trị bằng xạ trị sau:

1. Xạ trị chiếu ngoài cơ thể (ghi rõ vị trí điều trị): .....
2. Xạ trị Áp sát (cấy những vật liệu bức xạ tại vị trí) (ghi rõ vị trí điều trị):

.....

3. Trị liệu bằng Đồng vị phóng xạ (ghi rõ vị trí điều trị):

.....

4. Tôi đồng ý về việc sử dụng các dấu xăm trên da của tôi/thân nhân của tôi cho mục đích xạ trị chính xác.

Bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích quá trình xạ trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ bao gồm khoảng..... lần, mỗi lần cách nhau khoảng ..... ngày. Tôi hiểu rằng nếu không điều trị bệnh của tôi/thân nhân của tôi có thể nặng lên, có thể duy trì tình trạng ổn định trong một khoảng thời gian nhưng hiếm khi được cải thiện tốt hơn.

Tôi xác nhận đã được cung cấp mọi thông tin liên quan đến xạ trị, đã được trao đổi về các nguy cơ, tác dụng phụ và biện pháp cần thực hiện bao gồm:

- Xạ trị có các tác dụng phụ lâu dài mà có thể bao gồm tổn thương phổi, tim, cột sống, da, niêm mạc.
- Xạ trị có thể có hại cho thai nhi và tôi phải thông báo cho bác sỹ của tôi nếu tôi nghĩ rằng tôi/thân nhân của tôi đang có thai và bằng mẫu đơn này tôi xác nhận rằng tôi/thân nhân của tôi đang không có thai.
- Các thông tin điều trị của tôi/thân nhân của tôi sẽ được lưu giữ ở dạng giấy hoặc điện tử và có thể dùng để hội chẩn, trao đổi thông tin và các hoạt động khác được pháp luật cho phép.

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU ĐIỀU TRỊ SƠ SINH
(Sau sinh)

MS: 50/BV2
Số bệnh án.....
Mã số của mẹ.....
Mã số trẻ sơ sinh.....

t_tỉnh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

A. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ và tên *(In hoa):* .....
2. Ngày sinh: ..... giờ ..... phút, ngày.....tháng..... năm 20.....
3. Giới: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chưa xác định
4. Họ tên bố:..... Năm sinh:……..…..Nghề nghiệp:……..….....
5. Họ tên mẹ:..... Năm sinh:……..….. Nghề nghiệp:……..….....
6. Xét nghiệm của mẹ (đã có):

HbsAg: ☐ Âm tính ☐ Dương tính
Giang mai: ☐ Âm tính ☐ Dương tính
HIV: ☐ Âm tính ☐ Dương tính

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. THÔNG TIN CUỘC SINH VÀ THEO DÕI TRẺ SƠ SINH TRONG 90 PHÚT SAU SINH

1. Phần dành cho Hộ sinh/Điều dưỡng:

Giờ sinh: .....giờ.....phút, ngày.....tháng..…....năm 20.....
Tuổi thai: ……. tuần theo dự kiến sinh
Tuổi thai: ……. tuần theo đánh giá lâm sàng
Cách thức sinh: ☐ Sinh thường ☐ Sinh mổ ☐ Sinh mổ chủ động
☐ Sinh chỉ huy ☐ Giác hút ☐ Forceps
Vị trí đặt trẻ: ☐ Da kề da ☐ Giường sưởi ☐ Khác
Da kề da ngay sau sinh: ☐ Không thực hiện ☐ Thực hiện từ 30 phút đến dưới 90 phút
☐ Thực hiện trong vòng 30 phút ☐ Thực hiện từ 90 phút trở lên
Nước ối: ☐ Trong ☐ Xanh bẩn ☐ Lẫn máu
Rốn: cắt rốn muộn: ….....… phút Tình trạng mạch máu rốn:……...
Bú mẹ: ☐ Có ☐ Không
Thời gian bắt đầu bữa bú đầu tiên: sau sinh .....phút
Cân nặng:..... g Chiều dài:..... cm Vòng đầu:.....cm

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Hộ sinh/Điều dưỡng
(Ký, ghi rõ họ tên)

2. Phần dành cho bác sỹ

APGAR	Tim			Thở			Màu sắc da			Trương lực cơ			Phản xạ			Tổng số
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	
1 phút																
5 phút																
10 phút																

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

Hồi sức lúc sinh: ☐ Không ☐ Có:

Thở O_2: trong.....phút

Bóp bóng mask/NKQ: trong.....phút

Hồi sức tim phổi: trong.....phút

Thuốc: …….

Theo dõi: ☐ Có ☐ Không

SpO_2:

Kết quả sau hồi sức: Nhịp tim: ..... lần/phút Nhịp thở ..... lần/phút Nhiệt độ:……^oC

Màu sắc da:..... SpO_2.....

Tình trạng trẻ: ☐ Ổn định nằm cùng mẹ

☐ Cần theo dõi thêm tại phòng sinh ☐ Cần chuyển đơn vị sơ sinh.

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ

(Ký, ghi rõ họ tên)

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 8:5:3

II. CHĂM SÓC SƠ SINH TIẾP THEO

1. Chỉ định dự phòng viêm gan B: ☐ Không ☐ Có:

☐ Tiêm vắc xin viêm gan B: Liều dùng:.....

☐ Tiêm HBIG: Liều dùng:.....

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:.....*Chữ ký:*.....

2. Tiêm vitamin K_1: ☐ Không ☐ Có:

☐ Uống: Liều dùng:.....

☐ Tiêm bắp: Liều dùng:.....

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... *Chữ ký:*.....

3. Tiêm phòng Lao: ☐ Không ☐ Có

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... *Chữ ký:*.....

4. Chỉ định dự phòng HIV: ☐ Không ☐ Có:

Loại thuốc:..... Liều dùng:.....

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:..... *Chữ ký:*.....

5. Sàng lọc sơ sinh: ☐ Không ☐ Có:

☐ Máu gót chân Khác…….....……

Kết quả sàng lọc:

☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ:……

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:.....*Chữ ký:*.....

6. Chăm sóc theo phương pháp Kangaroo: ☐ Không ☐ Có, ngắt ngãng ☐ Có, trên 20 tiếng

Ngày...../...../20.....

Người thực hiện:.....Chữ ký:.....

vt_Latinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

III. KHÁM RA VIỆN

Tuổi ☐ < 24h ☐ 24h - 48h ☐ 48h - 72h ☐ > 72h

Bú mẹ: ☐ Hoàn toàn ☐ Một phần ☐ Ăn sữa công thức hoàn toàn

Hình thể ngoài	Bình thường	Bất thường	Nhận xét và lưu ý:
Da:	☐	☐	.....
Đầu:	☐	☐	.....
Tai mũi họng:	☐	☐	.....
Hô hấp:	☐	☐	.....
Tim mạch:	☐	☐	.....
Tiêu hóa:	☐	☐	.....
Cuống rốn:	☐	☐	.....
Sinh dục - tiết niệu	☐	☐	.....
Thần kinh:	☐	☐	.....
Cơ - xương - khớp háng	☐	☐	.....

Khác: .....

Nhận định: ☐ Ổn định, ra viện ☐ Ra viện, điều trị ngoại trú ☐ Chuyển khoa ☐ Chuyển viện

Những vấn đề cần được theo dõi tiếp:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hẹn tái khám: ngày…… tháng…… năm 20……

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

PHIẾU KHÁM THAI

MS: 51/BV2
Số vào viện……..
Mã người bệnh ……..

A. THÔNG TIN CHUNG

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:..... Giá trị sử dụng đến:...../...../20.....
10. Số Căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân: .....

sy_hanhtest_20_vte Ha Tinh 03/04/2024 08:51:37

B. THÔNG TIN KHÁM BỆNH

I. Thông tin lần khám trước:

Ngày khám: ...../...../20.....
Chẩn đoán: .....
Xử trí: .....

II. Hỏi bệnh

Lý do vào viện: .....
Lần có thai thứ:..... Số lần khám thai (bao gồm cả lần này): .....
Ngày đầu kỳ kinh cuối:.....Tuổi thai:.. .....Ngày dự kiến sinh:...../...../20.....
Diễn biến lâm sàng: .....
.....
Toàn thân: ☐ Bình thường ☐ Bất thường, ghi rõ: .....
Số mũi tiêm phòng uốn ván đã tiêm (bao gồm cả các lần mang thai trước nếu có): .....

III. Tiền sử bệnh (khai thác đối với khám thai lần đầu):

2.1. Tiền sử bản thân

Dị ứng: ☐ Không ☐ Có, biểu hiện: …….....
Tiền sử bệnh: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

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 (sảy, sinh non, đủ tháng, già tháng)	Diễn biến khi có thai	Cách thức sinh	Trẻ sơ sinh (cân nặng, bệnh tật)	Hậu sản

Phụ khoa:

Chu kỳ kinh: ☐ Đều số ngày..... ☐ Không đều
Phẫu thuật phụ khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

Khối u buồng trứng:	☐ Không	☐ Có	Dị dạng sinh dục:	☐ Không	☐ Có
Khối u tử cung:	☐ Không	☐ Có	Tầng sinh môn:	☐ Không	☐ Có

Sa tạng chậu: ☐ Không ☐ Có

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

2.2. Tiền sử gia đình: ☐ Không ☐ Có, ghi đầy đủ các nội dung sau:

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) …….....		

IV. Khám bệnh

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 thai: ……..lần/phút
Cổ tử cung	☐ Đóng	☐ Xóa	Mở: …… cm
Đầu ối	☐ Phồng	☐ Dẹt	☐ Quả lê
	☐ Rỉ	☐ Vỡ	lúc ……. giờ …… phút
Nước ối	☐ Trong	☐ Xanh bẩn	☐ Lẫn máu

Mạch .....lần/ph
Nhiệt độ.....^{0}C
Huyết áp ...../..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặng .....kg
Chiều cao ..... cm

V. Các xét nghiệm/cận lâm sàng

	Kết quả:		
☐ Xét nghiệm máu ngoại vi:	Thiếu máu:	☐ Không	☐ Có
☐ Xét nghiệm đông máu:	Đông máu:	☐ Bình thường	☐ Bất thường
☐ Xét nghiệm sinh hóa máu:	Đường máu:	☐ Bình thường	☐ Cao
☐ Xét nghiệm HIV:	HIV:	☐ Âm tính	☐ Dương tính
☐ Xét nghiệm viêm gan B:	Viêm gan B:	☐ Âm tính	☐ Dương tính
☐ Xét nghiệm giang mai:	Giang mai:	☐ Âm tính	☐ Dương tính
☐ Xét nghiệm protein nước tiểu:	Protein niệu:	☐ Âm tính	☐ Dương tính
☐ Siêu âm:	Tình trạng:	☐ Bình thường	☐ Bất thường

Khác, ghi rõ:.....

VI. Chẩn đoán (Tên bệnh kèm theo mã ICD): .....

VII. Kế hoạch điều trị *(thuốc, chăm sóc)*:.....

Hướng điều trị tiếp theo: .....

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

.....

VIII. Tiên lượng: .....

☐ Sinh thường ☐ Sinh có nguy cơ ☐ Chỉ định mổ lấy thai

IX. Lần khám kế tiếp

Hẹn tái khám: .....

Lưu ý: .....

Người khám: ☐ Bác sỹ sản phụ khoa ☐ Hộ sinh ☐ Y sỹ sản nhi ☐ Khác.

Ngày…… tháng….. năm 20.....

Người khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

sỹ_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:31

Cơ quan chủ quản.....
Cơ sở KB, CB.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 52/BV2

BẢN TÓM TẮT HỒ SƠ BỆNH ÁN

soyteha_nhi_vt_0_NgeHa_tinh 03/01/2024 08:51:37

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên *(In hoa)*: ..... Ngày sinh: ...../...../..... Tuổi:.....

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Dân tộc: .....

Địa chỉ cư trú: Số nhà ..... Thôn, phố..... Xã, phường.....

Huyện (Q, Tx) ..... Tỉnh, thành phố .....

Số thẻ BHYT: .....

Số Căn cước/Hộ chiếu/Mã định danh cá nhân: .....

Vào viện ngày...../...../20..... Ra viện ngày...../...../20.....

II. CHẨN ĐOÁN (Tên bệnh và mã ICD đính kèm):

Chẩn đoán vào viện: .....

Chẩn đoán ra viện: .....

III. TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

Lý do vào viện: .....

Tóm tắt quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng *(Đặc điểm khởi phát, các triệu chứng lâm sàng, diễn biến bệnh...)*: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Tiền sử bệnh: .....

.....

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

.....

.....

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

.....

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

Nội khoa: ☐ Không ☐ Có, ghi rõ:.....

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

.....

Tình trạng ra viện:

☐ Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không thay đổi ☐ Nặng hơn ☐ Tử vong ☐ Tiên lượng nặng xin về

☐ Chưa xác định

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

.....

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Đại diện đơn vị

(Ký, đóng dấu)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 53/BV2

Ngày…… tháng……năm 20……

ct_hainh.vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

GIẤY ĐỀ NGHỊ

☐ **Cung cấp bản tóm tắt hồ sơ bệnh án/tài liệu liên quan**

☐ **Đọc, xem, ghi chép hồ sơ bệnh án**

Kính gửi:…….....

Tôi tên là:.....

Địa chỉ:.....

Số Căn cước/Hộ chiếu:.....Điện thoại:.....

☐ Là người bệnh

☐ Là …….....của người bệnh:.....Năm sinh:.....

Nhập viện: Ngày...../...../20..... Ra viện: Ngày...../...../20.....

Số hồ sơ bệnh án/Mã số người bệnh: .....

Tôi viết đơn này đề nghị..... (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh):.....

1. Cung cấp cho tôi:

☐ Bản tóm tắt hồ sơ bệnh án
☐ Bản sao hồ sơ bệnh án
☐ Giấy tờ khác, ghi rõ.....

Mục đích: .....

2. ☐ Cho tôi được đọc, xem, ghi chép hồ sơ bệnh án của tôi/thân nhân của tôi.

Trân trọng cảm ơn!

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Người viết đơn
(Ký, ghi rõ họ tên)

Cơ sở KB, CB.....

GIẤY HẸN TRẢ BẢN TÓM TẮT HỒ SƠ BỆNH ÁN/TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Họ tên:..... Năm sinh: ..... Mã số người bệnh:.....

Hẹn trả kết quả:.....giờ.....ngày...../...../20..... tại .....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Người nhận
(Ký, ghi rõ họ tên)

HƯỚNG DẪN GHI CHÉP
BỆNH ÁN NỘI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN
VÀ BỆNH ÁN NỘI TRÚ NHI Y HỌC CỔ TRUYỀN

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2023/TT-BYT ngày / / của Bộ Y tế)

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh 03/01/2024 08:51:37

I. HƯỚNG DẪN CHUNG:

Trang bìa:

Các bệnh viện phải làm bìa bệnh án là bìa giấy cứng

- Cơ quan chủ quản: Bộ Y tế hoặc Bộ chủ quản hoặc Sở Y tế

- Cơ sở khám bênh, chữa bệnh: Ghi tên đơn vị được cấp giấy phép hoạt động của cấp có thẩm quyền.

*** Góc trên bên phải:**

- Mã người bệnh: là mã số của người bệnh quy định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, được cơ sở y tế cấp cho người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh lần đầu tiên theo thứ tự lần lượt từ 1 đến n và gắn với người bệnh nhân trong suốt quá trình người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Mã YT: Mã Y tế toàn quốc (Mã YT) gồm 13 ký tự:

  + 2 ký tự đầu là mã tỉnh, thành phố, ví dụ thành phố Hà Nội là 01

  + 3 ký tự tiếp là mã bệnh viện, viện

  + 2 ký tự tiếp là mã năm, ghi 2 số cuối của năm; ví dụ 2023: ghi 23

  + 6 ký tự cuối là "Số vào viện" của người bệnh.

  Ví dụ: **Mã YT: 0191223000001**

  + 2 ký tự đầu: 01 là mã của thành phố Hà Nội

  + 3 ký tự tiếp theo: 912 là mã của bệnh viện Châm cứu trung ương

  + 2 ký tự tiếp: 23 là mã của năm 2023

  + 6 ký tự cuối: 000001 là mã của người bệnh thứ nhất đến điều trị trong năm 2023

- Số vào viện: là số bệnh án của người bệnh vào bệnh viện theo thứ tự từ 1 đến n (tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm) do Khoa khám bệnh hoặc phòng Kế hoạch tổng hợp cung cấp). Ví dụ: người bệnh vào bệnh viện lúc 00 giờ 00 phút, ngày 01 tháng 01 năm 2023 được cấp mã 000001, người bệnh vào thứ hai được cấp mã số

000002... đến hết 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 năm 2023. Các phiếu, giấy có đề mục "Số vào viện" sử dụng các ký tự này.

- Số lưu trữ: là mã số cấp cho hồ sơ bệnh án ra viện để phục vụ cho công tác lưu trữ theo quy định (tính từ tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm), do phòng Kế hoạch tổng hợp cấp.

Chính giữa trang bìa: BỆNH ÁN .....(*) ghi cụm từ Y HỌC CỔ TRUYỀN vào dấu *.

- Tích dấu nhân (x) vào ô Nội trú hoặc Ban ngày.

- Khoa: Ghi rõ Khoa khi người bệnh vào bệnh viện, trường hợp người bệnh được chuyển khoa khác thì ghi tên khoa được chuyển đến.

- Phòng: Là số phòng người bệnh đang nằm điều trị, trường hợp người bệnh được chuyển phòng khác thì đánh mũi tên và ghi tên phòng được chuyển đến.

- Số giường: Là số giường người bệnh đang nằm điều trị, trường hợp người bệnh được chuyển giường khác thì đánh mũi tên và ghi tên giường được chuyển đến.

- Họ và tên người bệnh: Ghi đầy đủ (viết chữ in hoa có dấu).

- Tuổi: Đối với bệnh nhi dưới 72 tháng tuổi ghi rõ số tháng tuổi.

- Địa chỉ: Ghi đầy đủ, chính xác các thông tin về số nhà, thôn, phố, xã, phường, huyện, thị, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương *(thôn, phố có nơi còn gọi là làng, bản, buôn, sóc, đường phố, ngõ, hẻm, tổ dân phố).*

- Ngày vào viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm vào viện.

- Ngày ra viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm ra viện.

Trang 1:

*** Góc trên bên trái của bệnh án:**

- Đơn vị chủ quản: Bộ Y tế hoặc Bộ chủ quản hoặc Sở Y tế

- Bệnh viện: Ghi tên bệnh viện

- Khoa, phòng: là nơi điều trị cho người bệnh.

*** Góc trên bên phải:**

- Mã người bệnh: ghi như trang bìa

- Mã YT: ghi như trang bìa

syt_hatinh_vt_Sở Y tế Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

- Số vào viện: ghi như trang bìa

- Số lưu trữ: ghi như trang bìa.

PHẦN I: PHẦN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH: do thầy thuốc hoặc điều dưỡng trực Khoa cấp cứu, Khoa khám bệnh ghi.

syt_hatinh_vt_Sở Y tế Hà Tĩnh 03/04/2024 08:[illegible]:37

1. Họ và tên: Ghi đầy đủ (viết chữ in hoa có dấu).

2. Sinh ngày: ghi đầy đủ ngày, tháng và năm sinh (2 ô đầu là ngày, 2 ô tiếp là tháng và 4 ô cuối là năm). Nếu ngày, tháng có một con số thì ghi số 0 vào trước. Trường hợp không nhớ ngày, tháng thì ghi năm sinh. Trường hợp người bệnh không nhớ ngày, tháng, năm sinh mà chỉ nhớ tuổi thì ghi tuổi vào 2 ô tuổi.

   Trường hợp dưới 72 tháng tuổi ghi rõ số tháng tuổi

3. Giới: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

4. Nghề nghiệp: Ghi rõ làm nghề gì như công nhân, cán bộ công nhân viên chức, nông dân, học sinh, sinh viên,....

5. Dân tộc: ghi rõ dân tộc gì, mã dân tộc theo quy định.

6. Quốc tịch: Nếu là người nước nào thì ghi tên nước đó.

7. Địa chỉ: Ghi đầy đủ số nhà, thôn, phố, xã, phường, huyện, thị, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. *(thôn, phố có nơi còn gọi là làng, bản, buôn, sóc, đường phố, ngõ, hẻm, tổ dân phố).*

8. Nơi làm việc/học tập: tên cơ quan, nhà máy, xí nghiệp, lực lượng vũ trang/trường...

9. Đối tượng (người bệnh thuộc đối tượng nào, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng với hình thức viện phí).

- BHYT: là người khám, chữa bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.

- Thu phí: là thu toàn phần hoặc một phần viện phí.

- Miễn phí: do bệnh viện giải quyết.

- Khác: người khám, chữa bệnh không thuộc các đối tượng trên.

10. Số thẻ BHYT:

- Ghi đầy đủ ký tự theo mã số của thẻ bảo hiểm y tế.

- Ghi thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày, tháng, năm do hệ thống Bảo hiểm xã hội cung cấp.

Lưu ý:

+ Khi tiếp đón người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tra cứu trên cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội Việt Nam để biết thông tin thẻ bảo hiểm y tế.

+ Đối với thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng có các mã QN, HC, LS, XK, CY, CA do bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp: Tra cứu để kiểm tra thời hạn sử dụng của thẻ BHYT trong trường hợp các đối tượng này không còn phục vụ trong lực lượng Quân đội, Công an, Cơ yếu.

+ Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới có thay đổi thông tin liên quan đến mã thẻ thì ghi tiếp mã thẻ mới (mỗi mã thẻ gồm có 15 ký tự), giữa các mã thẻ cách nhau bằng dấu chấm phẩy " ; ";

+ Trường hợp người bệnh chưa có thẻ bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng "Thông tuyến khám chữa bệnh/Tra cứu thẻ tạm của trẻ em hoặc của người hiến tạng" trên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội Việt Nam để tra cứu mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời.

+ Trường hợp người bệnh không khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì để trống trường thông tin này.

11. Số căn cước/hộ chiếu/mã định danh cá nhân: Ghi số căn cước hoặc số hộ chiếu. Trường hợp không có số căn cước hoặc số hộ chiếu thì sử dụng mã định danh cá nhân hoặc số chứng minh thư nhân dân.

12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin người nhà khi cần báo tin: ghi đầy đủ họ tên, địa chỉ, số điện thoại.

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH: do điều dưỡng trực khoa khám bệnh ghi và thầy thuốc khám chữa bệnh ghi bổ sung.

13. Vào viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm vào viện.

14. Trực tiếp vào: Người bệnh vào trực tiếp khoa nào thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

15. Nơi giới thiệu: Đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng. (Khác: là do người nhà, công an, nhân dân... đưa đến).

16. Vào khoa: Ghi rõ tên, giờ/phút/ngày/tháng/năm trong trường hợp người bệnh cần chuyển vào khoa khác để điều trị

17. Chuyển khoa: Ghi tên khoa chuyển đến, ngày giờ vào khoa chuyển đến và tổng số ngày điều trị tại khoa đó.

18. Chuyển viện: Chuyển đến bệnh viện hoặc cơ sở y tế nào thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

- CK: Là chuyển đến bệnh viện chuyên khoa như bệnh viện Nhi, Sản, Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt, Mắt, ...

- Chuyển đến: Ghi rõ tên Bệnh viện, Viện chuyển người bệnh đến.

19. Ra viện: Ghi giờ, phút, ngày, tháng, năm và đánh dấu (x) vào ô tương ứng.

20. Tổng số ngày điều trị: Tính số ngày điều trị thực tế của người bệnh.

III. CHẨN ĐOÁN: do Thầy thuốc điều trị ghi; Trưởng khoa ghi bổ sung (nếu có) trong quá trình thăm khám người bệnh.

- Đối với bệnh án nội trú Nhi y học cổ truyền: Các mục: 21, 22, 23 và 24: Chẩn đoán theo y học hiện đại ghi tên bệnh và ghi mã bệnh ICD -10 theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế và chẩn đoán theo y học cổ truyền ghi tên bệnh và ghi mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Đối với bệnh án nội trú y học cổ truyền:

+ Các mục 21, 22, 23 và 24: Chẩn đoán theo y học hiện đại ghi tên bệnh và ghi mã bệnh ICD -10 theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế

+ Các mục: 25, 26, 27 và 28: Chẩn đoán theo y học cổ truyền ghi tên bệnh và ghi mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh chính: Ghi mã bệnh chính của y học cổ truyền và y học hiện đại theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bênh, chữa bệnh xác định và chỉ ghi 01 mã bệnh chính theo quy định của Bộ Y tế.

- Bệnh kèm theo: Ghi mã các bệnh kèm theo mã ICD -10 hoặc mã của triệu chứng, hội chứng và mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định triệu chứng hoặc bệnh kèm theo theo quy định của Bộ Y tế. Trường hợp có nhiều mã thì được phân cách bằng dấu chấm phẩy ";"

- Thủ thuật, phẫu thuật, tai biến, biến chứng (nếu có): đánh dấu (x) vào ô tương ứng.

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN: do Thầy thuốc điều trị ghi; Trưởng khoa kiểm tra toàn bộ hồ sơ bệnh án lần cuối, ký ghi rõ họ tên trước khi nộp bệnh án về phòng Kế hoạch tổng hợp.

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

Yêu cầu những thông tin, đặc điểm cần có trong quá trình bệnh lý, bệnh sử, thăm khám người bệnh để phục vụ cho chẩn đoán.

I. LÝ DO VÀO VIỆN: Ghi lý do chính khi người nhà, người bệnh khai khi vào viện khám, vào khoa điều trị, cấp cứu ...

II. BỆNH SỬ: Khai thác quá trình mắc và diễn biến của bệnh, điều trị của nơi chuyển đến trước khi vào viện (nếu có).

III. TIỀN SỬ:

- Ghi đầy đủ thông tin liên quan đến bệnh hiện tại của người bệnh, đặc biệt lưu ý khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh về thuốc và thức ăn và các dị nguyên khác.

- Đặc điểm liên quan đến bệnh tật: ghi những đặc điểm liên quan đến bệnh.

Đối với bệnh án Nội trú Nhi y học cổ truyền:

- Tình hình lúc đẻ: Điền số hoặc đánh dấu (x) vào ô tương ứng;

- Chế độ ăn:

  + Dưới 24 tháng tuổi: Điền số vào ô tương ứng; ghi rõ số tháng cai sữa;

  + Trên 12 tháng: Ghi rõ chế độ ăn

- Phát dục: Ghi rõ số tháng vào ô tương ứng;

- Đã tiêm chủng: đánh dấu (x) vào ô tương ứng;

- Bệnh đã mắc: đánh dấu (x) vào ô tương ứng và ghi đầy đủ thông tin liên quan đến bệnh hiện tại của bệnh nhi.

IV. KHÁM BỆNH: *"Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng, chiều cao, BMI"* được ghi tại bệnh án điều trị nội trú và nội trú nhi, phiếu khám bệnh vào viện, giấy chuyển viện (theo mẫu).

1. Khám toàn thân: Ghi những điểm chính (tuỳ từng loại bệnh).

2. Khám bộ phận: Mô tả đầy đủ, chi tiết các dấu hiệu bệnh lý.

V. CẬN LÂM SÀNG: Ghi các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm trong thời gian làm bệnh án. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác phát sinh trong thời gian điều trị được ghi vào tờ điều trị.

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN: Tóm tắt các triệu chứng và hội chứng bệnh lý của người bệnh.

VII. CHẨN ĐOÁN: Ghi tên bệnh và ghi ký tự theo ICD.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

Từ mục I đến mục IV:

- Trong mỗi mục cần ghi số vào các ô.

- Mô tả khác (nếu có): Ghi những nội dung mà các mục trên chưa đề cập đến.

syt_hatinh_vt_so Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:17

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

Tóm tắt các chứng trạng và hội chứng bệnh lý của người bệnh.

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

Ghi tóm tắt phân tích nguyên nhân gây bệnh theo y học cổ truyền, các biểu hiện bệnh lý của tạng phủ, kinh lạc để hướng đến chẩn đoán và điều trị.

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Mục 1. Bệnh danh: Ghi tên bệnh và ghi ký tự theo mã bệnh y học cổ truyền.
- Mục. Bát cương: Ghi chẩn đoán bát cương và điền số thích hợp vào các ô.
- Mục 3 đến mục 6: Điền số thích hợp vào các ô.

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp điều trị: Ghi pháp điều trị phù hợp với chẩn đoán

2. Phương:

+ Phương dược: ghi bài thuốc hoặc chế phẩm thuốc cổ truyền phù hợp với pháp điều trị.

+ Phương pháp điều trị không dùng thuốc: Ghi phương pháp điều trị không dùng thuốc của y học cổ truyền phù hợp với pháp điều trị.

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI:

Ghi hướng điều trị áp dụng cho người bệnh trong trường hợp kết hợp với y học hiện đại (nếu có).

III. DỰ HẬU (TIÊN LƯỢNG):

Dự kiến mức độ bệnh, diễn biến bệnh.

PHẦN III. TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện: ghi giống trang 2 của bệnh án

2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: Ghi tóm tắt quá trình và diễn biến bệnh.

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng: Ghi kết quả cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán và điều trị

4. Chẩn đoán vào viện: Ghi như trang 1

5. Phương pháp điều trị: Ghi đầy đủ các phương pháp điều trị đã áp dụng cho người bệnh.

6. Kết quả điều trị: Điền số thích hợp vào ô.

7. Chẩn đoán ra viện:

   + Ghi tên bệnh theo y học hiện đại và mã bệnh theo ICD-10 vào các dòng tương ứng, chỉ ghi mã các bệnh trong quá trình điều trị.

   + Ghi tên bệnh theo y học cổ truyền và mã bệnh theo y học cổ truyền vào các dòng tương ứng, chỉ ghi mã các bệnh trong quá trình điều trị.

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện: Đánh giá tóm tắt tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh tại thời điểm ra viện.

9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: Ghi hướng dẫn của thầy thuốc cho người bệnh trước ra viện.

syt_hatinh_vt_So Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:37

BÀN GIAO TOÀN BỘ HỒ SƠ:

+ Hồ sơ, phim, ảnh: bao gồm bệnh án và tất cả giấy tờ dán trong bệnh án: phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, X-quang, kết quả xét nghiệm, kết quả X-quang, ... (đếm tổng số các giấy tờ dán trong bệnh án);

+ Số lượng phim: X- quang, CT Scanner, MRI, ...

+ Khác: Ngoài những loại trên.

TRANG 8:

PHIẾU ĐIỀU TRỊ:

- Góc bên trái: ghi đầy đủ tên bệnh viện, khoa điều trị

- Góc bên phải: ghi số vào viện, buồng, giường người bệnh

- Tờ số : ghi số thứ tự của phiếu điều trị

- Họ tên người bệnh, tuổi, giới, chẩn đoán : ghi đầy đủ thông tin

- Ngày giờ, diễn biến bệnh và chỉ định điều trị: ghi cập nhật theo ngày, giờ điều trị.

Các quy định về hướng dẫn ghi chép bệnh án khác thực hiện theo quy định của Thông tư này.

HƯỚNG DẪN GHI CHÉP
BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ Y HỌC CỔ TRUYỀN

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2023/TT-BYT ngày / / của Bộ trưởng Bộ Y tế)

syt_hatinh_syt_so Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:11:37

I. HƯỚNG DẪN CHUNG:

Trang bìa và trang 1:

*** Góc trên bên trái của bìa bệnh án:**

Các bệnh viện phải làm bìa bệnh án là bìa giấy cứng

- Cơ quan chủ quản: Bộ Y tế hoặc Bộ chủ quản hoặc Sở Y tế

- Cơ sở khám bênh, chữa bệnh: Ghi tên đơn vị được cấp giấy phép hoạt động của cấp có thẩm quyền.

*** Góc trên bên phải:**

- Mã người bệnh: là mã số của người bệnh quy định tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, được cơ sở y tế cấp cho người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh lần đầu tiên theo thứ tự lần lượt từ 1 đến n và gắn với người bệnh nhân trong suốt quá trình người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Mã YT: Mã Y tế toàn quốc (Mã YT) gồm 13 ký tự:

  + 2 ký tự đầu là mã tỉnh, thành phố, ví dụ thành phố Hà Nội là 01

  + 3 ký tự tiếp là mã bệnh viện, viện

  + 2 ký tự tiếp là mã năm, ghi 2 số cuối của năm; ví dụ 2023: ghi 23

  + 6 ký tự cuối là "Số vào viện" của người bệnh.

  Ví dụ: **Mã YT: 0191223000001**

  + 2 ký tự đầu: 01 là mã của thành phố Hà Nội

  + 3 ký tự tiếp theo: 912 là mã của bệnh viện Châm cứu trung ương

  + 2 ký tự tiếp: 23 là mã của năm 2023

  + 6 ký tự cuối: 000001 là mã của người bệnh thứ nhất đến điều trị trong năm 2023

- Số vào viện: là số bệnh án của người bệnh vào bệnh viện theo thứ tự từ 1 đến n (tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm) do Khoa khám bệnh hoặc phòng Kế hoạch tổng hợp cung cấp). Ví dụ: người bệnh vào bệnh viện lúc 00 giờ 00 phút, ngày 01 tháng 01 năm 2023 được cấp mã 000001, người bệnh vào thứ hai được cấp mã số

000002... đến hết 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 năm 2023. Các phiếu, giấy có đề mục "Số vào viện" sử dụng các ký tự này.

- Số lưu trữ: là mã số cấp cho hồ sơ bệnh án ra viện để phục vụ cho công tác lưu trữ theo quy định (tính từ tính từ 0 giờ 00 phút ngày 01 tháng 01 cho đến 23 giờ 59 phút ngày 31 tháng 12 trong năm), do phòng Kế hoạch tổng hợp cấp.

- Chính giữa trang bìa: BỆNH ÁN .....(*) ghi cụm từ Y HỌC CỔ TRUYỀN vào dấu *.

- Tích dấu nhân (x) vào ô Ngoại trú.

PHẦN I: PHẦN CHUNG

I. HÀNH CHÍNH: do thầy thuốc hoặc điều dưỡng trực khoa cấp cứu, khoa khám bệnh ghi và Thầy thuốc điều trị hoặc điều dưỡng khoa điều trị ghi bổ sung.

syt_hotim_vietlo_Ha_Hoa_Tinh_03/01/2024 08:04:3

1. Họ và tên: Ghi đầy đủ (viết chữ in hoa có dấu).

2. Sinh ngày: Yêu cầu ghi đầy đủ ngày, tháng và năm sinh (2 ô đầu là ngày, 2 ô tiếp là tháng và 4 ô cuối là năm). Nếu ngày, tháng có một con số thì ghi số 0 vào trước. Trường hợp không nhớ ngày, tháng thì ghi năm sinh. Nếu người bệnh không nhớ ngày, tháng, năm sinh mà chỉ nhớ tuổi thì ghi tuổi vào 2 ô tuổi.

Trường hợp dưới 72 tháng tuổi ghi rõ số tháng tuổi

3. Giới: đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

4. Nghề nghiệp: Ghi rõ làm nghề gì như công nhân, cán bộ công nhân viên chức, nông dân, học sinh, sinh viên, ...

5. Dân tộc: ghi rõ dân tộc gì, mã dân tộc theo quy định.

6. Quốc tịch: Nếu là người nước nào thì ghi tên nước đó.

7. Địa chỉ: Ghi đầy đủ số nhà, thôn, phố, xã, phường, huyện, thị, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. *(thôn, phố có nơi còn gọi là làng, bản, buôn, sóc, đường phố, ngõ, hẻm, tổ dân phố).*

8. Nơi làm việc/học tập: tên cơ quan, nhà máy, xí nghiệp, lực lượng vũ trang/trường...

9. Đối tượng (người bệnh thuộc đối tượng nào, đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng với hình thức viện phí).

- BHYT: là người khám, chữa bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.
- Thu phí: là thu toàn phần hoặc một phần viện phí.
- Miễn: do bệnh viện giải quyết.
- Khác: người khám, chữa bệnh không thuộc các đối tượng trên.

10. Số thẻ BHYT:

- Ghi đầy đủ ký tự theo mã số của thẻ bảo hiểm y tế.

- Ghi thẻ BHYT có giá trị sử dụng từ ngày, tháng, năm do hệ thống Bảo hiểm xã hội cung cấp.

Lưu ý:

+ Khi tiếp đón người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tra cứu trên cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội Việt Nam để biết thông tin thẻ bảo hiểm y tế.

+ Đối với thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng có các mã QN, HC, LS, XK, CY, CA do bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp: Tra cứu để kiểm tra thời hạn sử dụng của thẻ BHYT trong trường hợp các đối tượng này không còn phục vụ trong lực lượng Quân đội, Công an, Cơ yếu.

+ Trường hợp trong thời gian điều trị, người bệnh được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới có thay đổi thông tin liên quan đến mã thẻ thì ghi tiếp mã thẻ mới (mỗi mã thẻ gồm có 15 ký tự), giữa các mã thẻ cách nhau bằng dấu chấm phẩy " ; ";

+ Trường hợp người bệnh chưa có thẻ bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sử dụng chức năng "Thông tuyến khám chữa bệnh/Tra cứu thẻ tạm của trẻ em hoặc của người hiến tạng" trên Cổng tiếp nhận dữ liệu Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế của bảo hiểm xã hội Việt Nam để tra cứu mã thẻ bảo hiểm y tế tạm thời.

+ Trường hợp người bệnh không khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thì để trống trường thông tin này.

11. Số căn cước/hộ chiếu/mã định danh cá nhân: Ghi số căn cước hoặc số hộ chiếu. Trường hợp không có số căn cước hoặc số hộ chiếu thì sử dụng mã định danh cá nhân hoặc số chứng minh thư nhân dân.

12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin người nhà khi cần báo tin: ghi đầy đủ họ tên, địa chỉ, số điện thoại.

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH: do điều dưỡng trực khoa khám bệnh ghi và thầy thuốc khám chữa bệnh ghi bổ sung.

13. Vào viện: Ghi đầy đủ giờ, phút, ngày, tháng, năm vào viện.

14. Trực tiếp vào: Người bệnh vào trực tiếp khoa Khám bệnh thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

15. Nơi giới thiệu: Đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng. (Khác: là do người nhà, công an, nhân dân... đưa đến).

16. Vào khoa: Ghi rõ tên, giờ/phút/ngày/tháng/năm trong trường hợp người bệnh cần chuyển vào khoa khác để điều trị.

17. Chuyển viện: Chuyển đến tuyến nào thì đánh dấu nhân (x) vào ô tương ứng.

- CK: Là chuyển đến bệnh viện chuyên khoa như bệnh viện Nhi, Sản, Tai Mũi Họng, Răng Hàm Mặt, Mắt, ...
- Chuyển đến: Ghi rõ tên Bệnh viện, Viện chuyển người bệnh đến.

18. Ra viện: Ghi giờ, phút, ngày, tháng, năm và đánh dấu (x) vào ô tương ứng.

19. Tổng số ngày điều trị: Tính số ngày điều trị thực tế của người bệnh.

III. CHẨN ĐOÁN: do Thầy thuốc khám chữa bệnh ghi

Mục 20, 21, 22, 23, 24 và 25:

- Chẩn đoán theo y học hiện đại ghi tên bệnh và ghi mã bệnh ICD -10 theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Chẩn đoán theo y học cổ truyền ghi tên bệnh và ghi mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Bệnh chính: Ghi mã bệnh chính của y học cổ truyền và y học hiện đại theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bênh, chữa bệnh xác định và chỉ ghi 01 mã bệnh chính theo quy định của Bộ Y tế.

- Bệnh kèm theo: Ghi mã các bệnh kèm theo mã ICD -10 hoặc mã của triệu chứng, hội chứng và mã bệnh y học cổ truyền theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xác định triệu chứng hoặc bệnh kèm theo theo quy định của Bộ Y tế. Trường hợp có nhiều mã thì được phân cách bằng dấu chấm phẩy “;”

- Thủ thuật, phẫu thuật, tai biến, biến chứng (nếu có): đánh dấu (x) vào ô tương ứng.

IV. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

- Thầy thuốc điều trị ghi;

- Trưởng khoa kiểm tra toàn bộ hồ sơ bệnh án lần cuối, ký tên trước khi nộp bệnh án về phòng Kế hoạch tổng hợp.

TRANG 2,3 VÀ 4:

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

Yêu cầu những thông tin, đặc điểm cần có trong quá trình bệnh lý, bệnh sử, thăm khám người bệnh để phục vụ cho chẩn đoán.

I. LÝ DO VÀO VIỆN: Ghi lý do chính khi người nhà, người bệnh khai khi vào viện khám, vào khoa điều trị, cấp cứu ...

II. BỆNH SỬ: Khai thác quá trình mắc và diễn biến của bệnh, điều trị của nơi chuyển đến trước khi vào viện (nếu có).

III. TIỀN SỬ BỆNH:

- Ghi đầy đủ thông tin liên quan đến bệnh hiện tại của người bệnh, đặc biệt lưu ý khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh về thuốc và thức ăn và các dị nguyên khác.
- Đặc điểm liên quan bệnh: Viết các số tương ứng với các mục vào ô.

IV. KHÁM BỆNH: *"Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng, chiều cao, BMI"* được ghi tại bệnh án điều trị nội trú và nội trú nhi, phiếu khám bệnh vào viện, giấy chuyển viện (theo mẫu).

1. Khám toàn thân: Ghi những điểm chính (tuỳ từng loại bệnh).
2. Khám bộ phận: Mô tả đầy đủ, chi tiết các dấu hiệu bệnh lý.

V. TÓM TẮT KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG: Ghi kết quả cận lâm sàng đã có hướng đến chẩn đoán xác định hoặc chẩn đoán phân biệt

V. CẬN LÂM SÀNG: Ghi các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm trong thời gian làm bệnh án. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác phát sinh trong thời gian điều trị được ghi vào tờ điều trị.

VI. CHẨN ĐOÁN: Ghi tên bệnh và ghi ký tự theo ICD vào các ô tương ứng.

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

Từ mục I đến mục IV:

- Trong mỗi mục cần ghi số vào các ô.
- Mô tả khác (nếu có): Ghi những nội dung mà các mục trên chưa đề cập đến.

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

Tóm tắt các chứng trạng và hội chứng bệnh lý của người bệnh.

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

Ghi tóm tắt phân tích nguyên nhân gây bệnh theo y học cổ truyền, các biểu hiện bệnh lý củ

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Mục 1. Bệnh danh: Ghi tên bệnh và ghi ký tự theo mã bệnh y học cổ truyền.
- Mục 2. Bát cương: Ghi chẩn đoán bát cương và điền số thích hợp vào các ô.
- Mục 3. Nguyên nhân: Ghi nguyên nhân gây bệnh theo YHCT
- Mục 4. Tạng phủ: Ghi tạng phủ bị bệnh, hư thực (ví dụ: can thận âm hư, ...)
- Mục 5. Kinh lạc: Ghi kinh lạc bị bệnh cụ thể
- Mục 6. Định vị bệnh (dinh, vệ, khí, huyết): Ghi vị trí bệnh, tính chất bệnh.

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp điều trị: Ghi pháp điều trị phù hợp với chẩn đoán

2. Phương:

- Phương dược: Ghi bài thuốc hoặc chế phẩm thuốc cổ truyền phù hợp với pháp điều trị.
- Phương pháp điều trị không dùng thuốc: Ghi phương pháp điều trị không dùng thuốc của YHCT phù hợp với pháp điều trị.

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Ghi hướng điều trị áp dụng cho người bệnh trong trường hợp kết hợp với y học hiện đại (nếu có).

III. DỰ HẬU (TIÊN LƯỢNG):

Dự kiến mức độ bệnh, diễn biến bệnh.

TRANG 5:

PHẦN III. TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện: ghi giống trang 2 của bệnh án

2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng: Ghi tóm tắt quá trình và diễn biến bệnh.

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng: Ghi kết quả cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán, điều trị và chẩn đoán phân biệt

4. Chẩn đoán vào viện: Ghi như trang 1

5. Phương pháp điều trị: Ghi đầy đủ các phương pháp điều trị đã áp dụng cho người bệnh.

6. Kết quả điều trị: Điền số thích hợp vào ô.

7. Chẩn đoán ra viện:

+ Ghi tên bệnh theo y học hiện đại và mã ICD 10 vào các dòng tương ứng, chỉ ghi mã các bệnh trong quá trình điều trị.

+ Ghi tên bệnh theo y học cổ truyền và mã bệnh theo y học cổ truyền vào các dòng tương ứng, chỉ ghi mã các bệnh trong quá trình điều trị.

8. Tình trạng người bệnh khi ra viện: Đánh giá tóm tắt tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh tại thời điểm ra viện.

9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo: Ghi hướng dẫn của thầy thuốc cho người bệnh trước ra viện.

TRANG 6:

PHIẾU ĐIỀU TRỊ:

- Góc bên trái: ghi đầy đủ tên bệnh viện, khoa điều trị
- Góc bên phải: ghi số vào viện, buồng, giường người bệnh
- Tờ số : ghi số thứ tự của phiếu điều trị
- Họ tên người bệnh, tuổi, giới, chẩn đoán : ghi đầy đủ thông tin
- Ngày giờ, diễn biến bệnh và chỉ định điều trị: ghi cập nhật theo ngày, giờ điều trị

Các quy định về hướng dẫn ghi chép bệnh án khác thực hiện theo quy định của Thông tư này.

syt_hatinh_vt_so Y te Ha Tinh_03/01/2024 08:51:07