

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....
TÊN CƠ SỞ PHCN/BV...

Số lưu trữ:
Mã hồ sơ.....
Mã Người bệnh.....
Chuyên khoa.....
Ngày chuyển.....

BỆNH ÁN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

NỘI TRÚ

☐

NỘI TRÚ BAN NGÀY

☐

KHOA

HỌ VÀ TÊN (chữ in hoa):.....

1. Nam

☐

2. Nữ

☐

Sinh năm..... Tuổi.....

Địa chỉ:

Ngày vào viện:.....Ra viện

Bìà bệnh án: Bìà cứng

Thứ tự dán trong hồ sơ

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

QUY ĐỊNH VỀ HỒ SƠ BỆNH ÁN

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

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

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

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

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

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

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

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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Bộ Y tế/Sở Y tế:

Bệnh viện/Trung tâm:

Khoa:

BuồngGiường.....

BỆNH ÁN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Nội trú ☐

Nội trú ban ngày ☐

Số vào viện:.....

Số lưu trữ:

Mã NB.....

Mã YT:

I. HÀNH CHÍNH:

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

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

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

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

III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

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

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

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

Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên

Họ và tên

A. BỆNH ÁN

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. HỎI BỆNH

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

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

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

+ Dị ứng:

+ Bản thân:

.....

+ Gia đình:

.....

III. KHÁM BỆNH

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

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

Mạch:	lần/ph
Nhiệt độ:	°C
Huyết áp:	mmHg
Nhịp thở:	lần/ph
Cân nặng:	kg
Chiều cao:	cm
Chỉ số BMI:	

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

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

3. Các cơ quan

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

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

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

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

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

IV. XÉT NGHIỆM, CẬN LÂM SÀNG

V. TÓM TẮT BỆNH ÁN

VI. CHẨN ĐOÁN KHI VÀO ĐIỀU TRỊ

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

VII. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. Những khó khăn chính trong hoạt động chức năng của người bệnh:

2. Mục tiêu điều trị PHCN (mục tiêu cụ thể, đo lường được, thực tế, có thể đạt được và có thời gian hoàn thành)

3. Chương trình can thiệp PHCN: (những bài tập, kỹ thuật, điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN ...nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

4. Điều trị các bệnh lý kèm theo và chế độ chăm sóc người bệnh:

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tóm tắt các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán, điều trị, PHCN

.....

.....

.....

.....

.....

3. Phương pháp điều trị và PHCN

.....

.....

.....

.....

.....

4. Tình trạng người bệnh ra viện:

Vận động và di chuyển:

Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

Nhận thức:

Các chức năng khác:

Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội.....

Yếu tố môi trường và cá nhân.....

5. Hướng điều trị và PHCN sau ra viện (những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN... nhằm đạt được các mục tiêu điều trị đề ra)

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

MS:
Số vào viện

PHIẾU LƯỢNG GIÁ HOẠT ĐỘNG CHỨC NĂNG VÀ SỰ THAM GIA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

1. Hoạt động chức năng

1.1. Vận động và di chuyển (thay đổi vị trí, tư thế; di chuyển độc lập hay cần dụng cụ trợ giúp, người trợ giúp; đi lại....)

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

1.2. Chức năng sinh hoạt hàng ngày (mức độ độc lập trong hoạt động: ăn uống; tắm rửa; vệ sinh cá nhân; mặc quần áo; sử dụng nhà vệ sinh; kiểm soát đại tiện – tiểu tiện...)

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

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

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

1.4. Các chức năng khác (rối loạn nuốt, tiết niệu, sinh dục, da, các giác quan...)

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

2. Sự tham gia các hoạt động trong gia đình và xã hội (chuẩn bị bữa ăn, công việc nội trợ, dọn dẹp nơi sinh hoạt/nhà cửa, đi chợ, mua sắm, tham gia hoạt động xã hội)

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

3. Yếu tố môi trường (Đánh giá tiếp cận môi trường của người khuyết tật/NB: tình trạng nơi sinh hoạt/ điều trị, nhà vệ sinh, dụng cụ PHCN đang sử dụng; sự hỗ trợ và quan tâm của những người xung quanh; thái độ và cách ứng xử của gia đình, xã hội...)

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

4. Yếu tố cá nhân (tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, tình trạng việc làm, thể lực, tâm lý, sở thích, lối sống, thói quen, kỹ năng xử lý tình huống, tính cách,...)

.....
.....

Ngày.....tháng.....năm.....

Người thực hiện
(Ký và ghi rõ họ tên)

MS:

Số vào viện

PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ.....

Khoa:Buồng:.....Giường:.....

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

2. Chẩn đoán:

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (*những bài tập, kỹ thuật, hoạt động điều trị về vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...*)

Ngày.....tháng.....năm.....

Bác sỹ
(Ký và ghi rõ họ tên)

(Mẫu phiếu số 3)

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

PHIẾU THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

MS:
Số vào viên

Tờ số.....

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

[illegible]

