

Phụ lục 3

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

Số lưu trữ:
Mã hồ sơ.....
Mã Người bệnh.....
Chuyên khoa
Chuyên điều trị nội trú/nội trú ban
ngày.....
Ngày chuyển.....

syt_thanhhoa_vt_So Y te Thanh Hoa_05/08/2021 10:44:37

BỆNH ÁN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGOẠI TRÚ

KHOA

HỌ VÀ TÊN (*chữ in hoa*):.....

1. Nam 2. Nữ Sinh năm..... Tuổi.....

Địa chỉ:

Ngày vào viện:.....**Ra viện**

BYT/Sở Y tế:

Bệnh viện:

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Số ngoại trú:

Số lưu trữ:

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa): 2. Sinh ngày: Tuổi
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: 6. Ngoại kiều:
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố Xã, phường
- Huyện (Q, Tx) Tỉnh, thành phố
8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1. BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác
10. BHYT từ ngày tháng năm Số thẻ BHYT
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: Điện thoại số
12. Đến khám bệnh lúc: giờ phút ngày tháng năm
13. Chẩn đoán của nơi giới thiệu: 1. Y tế 2. Tự đến
- * Giấy CN khuyết tật: a). Không có b). Có (Dạng khuyết tật.....; Mức độ KT:.....)

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý:

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

2. Tiền sử bệnh:

- + Dị ứng:
- + Bản thân: (chú ý các yếu tố liên quan đến khuyết tật nếu có):
- + Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH:

1. Toàn thân:

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

2. Các bộ phận:

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

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặngkg
Chỉ số BMI.....	

3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:

.....
.....

4. Chẩn đoán ban đầu:

.....
.....

5. Đã xử lý (thuốc, chăm sóc):

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

6. Chẩn đoán khi ra viện:

..... Mã

7. Điều trị ngoại trú từ ngày

đến ngày Ngày tháng năm

Giám đốc bệnh viện

Bác sỹ khám bệnh

Họ và tên.....

Họ và tên.....

TỔNG KẾT BỆNH ÁN:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Chẩn đoán ra viện:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

4. Phương pháp điều trị:

.....

.....

.....

.....

5. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

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

(Mẫu phiếu số 1)

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

(Mẫu phiếu số 2)

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

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)

