

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 17 tháng 7 năm 2020

THÔNG BÁO

V/v triển khai mẫu phiếu thu thập thông tin bệnh sử khi lập bệnh án

Căn cứ quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 của Bộ Y tế về việc ban hành mẫu hồ sơ bệnh án;

Căn cứ quyết định số 831/2017/QĐ-BYT ngày 11/3/2017 của Bộ Y tế về mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân chăm sóc sức khỏe ban đầu;

Để phục vụ tốt việc quản lý sức khỏe người bệnh/khách hàng bằng bệnh án theo dõi liên tục mà phòng khám đã triển khai trong thời gian vừa qua, hướng đến nâng cao chất lượng chuyên môn tại phòng khám.

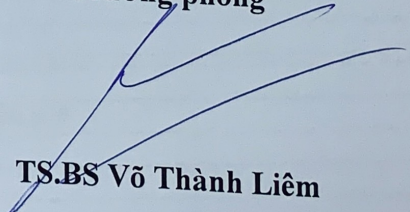
Nay phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ phổ biến mẫu phiếu thu thập thông tin hiệu chỉnh dành cho người bệnh (đính kèm) với hướng dẫn sau:

- Nghiêm chỉnh thực hiện bệnh án theo dõi đối với các tình huống sau: đăng ký khám chữa bệnh với bác sĩ gia đình, có thực hiện thủ thuật – can thiệp điều trị có xâm lấn, có xử trí cấp cứu tại phòng khám vì bất kỳ lý do gì, có theo dõi bệnh mãn tính với yêu cầu của bảo hiểm y tế;
- Điều dưỡng lập bệnh án theo mẫu, cung cấp và hướng dẫn người bệnh-khách hàng điền phiếu thu thập thông tin trong thời gian chờ khám, hoàn thiện các yêu cầu hành chánh liên quan;
- Bác sĩ gia đình, bác sĩ thực hiện thủ thuật, bác sĩ điều trị có trách nhiệm điền phiếu bệnh án (theo mẫu đã triển khai).

Đề nghị các bộ phận nghiêm chỉnh triển khai nội dung trên.

Trân trọng./.

PHÒNG KẾ HOẠCH – NGHIỆP VỤ
Trưởng phòng


TS.BS Võ Thành Liêm

Tên người bệnh: Năm sinh:

Tên thân nhân người bệnh (nếu có):

THÔNG TIN TIỀN SỬ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE

1. Thông tin lúc sinh

Đẻ thường Đẻ mổ Đẻ thiếu tháng Bị ngạt lúc đẻ

Dị tật bẩm sinh (ghi rõ nếu có):

Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):

2. Yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe cá nhân

Hút thuốc lá, Lào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Hút thuốc thường xuyên	Có <input type="checkbox"/>	Đã bỏ <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
Uống rượu bia thường xuyên	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Số ly cốc uống/ngày		
Sử dụng ma túy	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Sử dụng thường xuyên	Có <input type="checkbox"/>	Đã bỏ <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
Hoạt động thể lực	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Thường xuyên (tập thể dục, thể thao,...)	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>

Yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp (căng thẳng, mang vác đồ nặng nhiều, ngồi nhiều, nói nhiều,...)/ Môi trường sống (Hóa chất, bụi, ồn, virus,...) ghi rõ:

Thời gian tiếp xúc:

3. Tiền sử bệnh tật, dị ứng

Dị ứng:

Loại	Mô tả rõ
Thuốc
Hóa chất/mỹ phẩm
Thực phẩm
Khác

Bệnh tật:

Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	Bệnh dạ dày	<input type="checkbox"/>
Bệnh phổi mạn tính	<input type="checkbox"/>	Hen suyễn	<input type="checkbox"/>	Bệnh bướu cổ	<input type="checkbox"/>	Viêm gan	<input type="checkbox"/>
Tim bẩm sinh	<input type="checkbox"/>	Tâm thần	<input type="checkbox"/>	Tự kỷ	<input type="checkbox"/>	Động kinh	<input type="checkbox"/>
Ung thư (ghi rõ loại)						
Lao (ghi rõ loại)						
Khác (nêu rõ)						

4. Khuyết tật

Bộ phận/cơ quan	Mô tả rõ
Thính lực	
Thị lực	
Tay	
Chân	
Cong vẹo cột sống	
Khe hở môi, vòm miệng	

Khác
------	-------------------------

5. Tiền sử phẫu thuật/tiểu phẫu (ghi rõ bộ phận cơ thể đã phẫu thuật và năm phẫu thuật)

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

6. Tiền sử gia đình

Dị ứng

Loại	Mô tả rõ	Người mắc (ghi rõ mối quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị,...)
Thuốc
Hóa chất/mỹ phẩm
Thực phẩm
Khác

Bệnh tật

Tên bệnh		Người mắc (ghi rõ mối quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị,...)
Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	
Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	
Tâm thần	<input type="checkbox"/>	
Hen suyễn	<input type="checkbox"/>	
Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	
Động kinh	<input type="checkbox"/>	
Ung thư (ghi rõ loại)		
Lao (ghi rõ loại)		
Khác (nêu rõ)	

7. Sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình (phụ nữ đã lập gia đình)

Biện pháp tránh thai đang dùng:

Kỳ có thai cuối cùng:

Số lần có thai:

Số lần sảy thai:

Số lần phá thai:

Số lần sinh đẻ:

Đẻ thường:

Đẻ mổ:

Số lần đẻ đủ tháng:

Số lần đẻ non:

Số con hiện sống:

Bệnh phụ khoa:.....
.....
.....

8. Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):

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

Người khai
(ký và ghi rõ họ tên)

Người thực hiện
(ký và ghi rõ họ tên)