

Tên cơ sở KCB: Khoa phòng:

PHỤ LỤC 4. PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH NẶNG XIN VỀ

I. THÔNG TIN CA BỆNH										
1. Bệnh án*	2. Mã HSBA	4. Định danh cá nhân*			5. Loại					
6. Số thẻ BHYT*	Giá trị từ: __/__/__		đến: __/__/__	Nơi đăng ký ban đầu						
6.3 Thời điểm đủ 05 năm liên tục từ ngày __/__/__			6.4 Miễn cùng chi trả trong năm từ ngày __/__/__							
8. Họ và tên		9. Ngày sinh __/__/__		10. Tuổi	Đơn vị	11. Giới tính*				
12. Nghề nghiệp:		13. Dân tộc		14. Tôn giáo	15. Quốc tịch		Việt Nam			
16. Địa chỉ nơi ở hiện tại*:		Tỉnh	Huyện	Xã	thôn, xóm, số nhà, phố					
17. Địa chỉ thường trú*:		Tỉnh	Huyện	Xã	thôn, xóm, số nhà, phố					
18. Nơi ghi nhận ca bệnh*:		Tỉnh	Huyện	Xã	thôn, xóm, số nhà, phố					
19. Ngày vào viện* __/__/__		20. Ngày vào khoa __/__/__		21. Số ngày vắng mặt		__/__/__				
22. Loại vào viện		23. Chuyển từ: <i>tên cơ sở KCB nơi chuyển BN đến đây</i>								
24. Ngày ra viện / TV* __/__/__		25. Tình trạng ra viện		26. Kết quả điều trị						
27. Số ngày nằm ICU		28. Cân nặng trẻ <1 tuổi (gr)		29. Chuyển đến: <i>tên cơ sở KCB nơi chuyển BN đến đó</i>						
Đối tượng người bệnh: <input type="radio"/> Tiên lượng nặng xin về										
Phần A: Thông tin y tế										
Mục 1. Chuỗi bệnh lý từ nguyên nhân đến khi nặng xin về				Mã ICD	Thời gian	Đơn vị tính				
a)	<i>tình trạng bệnh nặng trước khi xin về</i>									
b)	<i>nguyên nhân gây ra 1 (a)</i>									
c)	<i>nguyên nhân gây ra 1 (b)</i>									
d)	<i>nguyên nhân gây ra 1 (c)</i>									
[+]	<i>(dòng dưới cùng là nguyên nhân chính)</i>									
Mục 2. Bệnh lý, nguy cơ quan trọng khác gây bệnh nặng				Mã ICD	Thời gian	Đơn vị tính				
[+]	<i>yếu tố nguy cơ, bệnh nền kèm theo ...</i>									
Phần B: Thông tin y tế khác										
Có phẫu thuật trong vòng 4 tuần: <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/> Không biết				Ngày phẫu thuật: __/__/__						
Lý do phẫu thuật: <input type="text"/>										
3. Hình thức nhập viện:										
<input type="checkbox"/> Bệnh tật			<input type="checkbox"/> Bị tấn công, đánh nhau			<input type="checkbox"/> Không thể xác định				
<input type="checkbox"/> Tai nạn			<input type="checkbox"/> Can thiệp pháp lý			<input type="checkbox"/> Chờ điều tra				
<input type="checkbox"/> Có tình tự hại (tự tử)			<input type="checkbox"/> Chiến tranh			<input type="checkbox"/> Không biết				
4a. Nguyên nhân bên ngoài (tai nạn, ngộ độc, đánh nhau, đuối nước ...):										
Tên nguyên nhân bên ngoài, độc chất		Mô tả xảy ra như thế nào		Mã ICD	Tên theo ICD	Ngày xảy ra				
[+]						__/__/__				
4b. Nơi xảy ra nguyên nhân bên ngoài (tai nạn, ngộ độc, đánh nhau, đuối nước ...):										
<input type="checkbox"/> Tại nhà			<input type="checkbox"/> Khu dân cư			<input type="checkbox"/> Trường học, khu hành chính khác		<input type="checkbox"/> Khu thể thao, luyện tập		
<input type="checkbox"/> Trên đường đi			<input type="checkbox"/> Khu thương mại, dịch vụ			<input type="checkbox"/> Khu công nghiệp hoặc công trường xây dựng				
<input type="checkbox"/> Nông trại			<input type="checkbox"/> Khác, ghi rõ: <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Không biết				
5. Nếu người bệnh là thai nhi hoặc trẻ sơ sinh: <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không										
Đa thai:		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		<input type="radio"/> Không biết						
Sinh non:		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		<input type="radio"/> Không biết						
Nếu nặng xin về trong vòng 24h, ghi rõ số giờ: <input type="text"/>				Cân nặng trẻ khi sinh (gram): <input type="text"/>						
Tuổi thai (theo tuần): <input type="text"/>				Tuổi của mẹ (năm): <input type="text"/>						
Bệnh lý mẹ ảnh hưởng đến thai nhi hoặc trẻ sơ sinh				Mã ICD	Tên theo ICD					
6. Nếu người bệnh là phụ nữ đang mang thai ?: <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/> Không biết										
<input type="radio"/> Tại thời điểm xin về			<input type="radio"/> Trong vòng 42 ngày trước khi xin về			<input type="radio"/> Không biết				
<input type="radio"/> Từ ngày thứ 43 đến 1 năm trước khi xin về			<input type="radio"/> Không biết							
Việc mang thai có góp phần gây tử vong không?: <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không <input type="radio"/> Không biết										
Kết luận Nguyên nhân chính*:				Mã ICD	Tên theo ICD					

Ngày __ tháng __ năm __

Bác sĩ điều trị

Trưởng khoa điều trị

Thủ trưởng đơn vị