

BỆNH VIỆN ĐKKV QUẢNG NAM

24 Lê Hữu Trác - P. Vĩnh Điện - TX Điện Bàn - Q.Nam

ĐT: 02353.716.228

ĐƠN THUỐC

Họ tên:.....
Ngày sinh:...../...../.....Cân nặng:.....Giới tính: Nam Nữ
Số thẻ BHYT (nếu có):
Địa chỉ:
Chẩn đoán:.....
Thuốc điều trị:

BỆNH VIỆN ĐKKV QUẢNG NAM

24 Lê Hữu Trác - P. Vĩnh Điện - TX Điện Bàn - Q.Nam

ĐT: 02353.716.228

ĐƠN THUỐC

Họ tên:.....
Ngày sinh:...../...../.....Cân nặng:.....Giới tính: Nam Nữ
Số thẻ BHYT (nếu có):
Địa chỉ:
Chẩn đoán:.....
Thuốc điều trị:

Lời dặn:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

Khám lại xin mang theo đơn này
Số điện thoại liên hệ:.....
Tên bố hoặc mẹ của trẻ hoặc người đưa trẻ đến khám bệnh, chữa bệnh:.....

Lời dặn:

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

Khám lại xin mang theo đơn này
Số điện thoại liên hệ:.....
Tên bố hoặc mẹ của trẻ hoặc người đưa trẻ đến khám bệnh, chữa bệnh:.....

BỆNH VIỆN ĐKKV QUẢNG NAM

ĐC: 24 Lê Hữu Trác - Phường Vĩnh Điện - Thị xã Điện Bàn - Quảng Nam

ĐT: 0235.3867.388 * Fax:0235.3758.165

KHOA CĐHA: 0235. 6547. 008

CT SCANNER

Họ và tên: Tuổi:

Kỹ thuật chụp:

Ngày chụp:/...../20.....

****Tái khám nhớ mang theo phim này.***

BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC QUẢNG NAM

ĐC: 24 Lê Hữu Trác - Phường Vĩnh Điện - Thị xã Điện Bàn - Quảng Nam

ĐT: 0235.3867.388 *Fax: 0235.3758.165

KHOA CDHA: 0235.6547.008

BÌ X-QUANG

HỌ TÊN BỆNH NHÂN:.....TUỔI:.....

ĐỊA CHỈ:.....

NGÀY CHỤP:.....

BỘ PHẬN CHỤP:.....

KHI TÁI KHÁM NHỚ MANG THEO PHIM CŨ



BV ĐA KHOA KHU VỰC QUẢNG NAM

ĐC: 24 Lê Hữu Trác - Phường Vĩnh Điện - Thị xã Điện Bàn - Quảng Nam

ĐT: 0235.3867.388

CỘNG HƯỞNG TỪ - Y KHOA MRI 1.5 TESLA



PHILIPS MAGNETIC RESONANCE ACHIEVA 1.5T

Họ và tên:..... Tuổi:..... Nam / Nữ

ID:..... SDT:.....

Địa chỉ:.....

Bộ phận chụp:.....

Ngày chụp:..... Khoa, phòng:.....

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ CỘNG HƯỞNG TỪ MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI)

1. CỘNG HƯỞNG TỪ - Y KHOA (CHT) LÀ GÌ?

- CHT - Y khoa (MRI) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh kỹ thuật cao, không dùng tia xạ và an toàn cho người bệnh.
- Nguyên lý cơ bản: Các nguyên tử trong cơ thể sau khi đặt trong từ trường của máy cộng hưởng với sóng vô tuyến và phát ra tín hiệu. Tín hiệu này sẽ được thu và xử lý vi tính tạo ra hình ảnh.

2. CHỈ ĐỊNH CHỤP CHT - Y KHOA:

- CHT - Y khoa được chỉ định rộng rãi trong các bệnh lý của não, cột sống, cơ xương khớp, tim mạch, bụng, chậu, mạch máu, vú, bệnh lý về phụ khoa...

ĐẶC BIỆT CHỤP CHT - Y KHOA BẰNG MÁY ACHIEVA 1.5T RẤT ƯU THẾ TRONG VIỆC PHÁT HIỆN TỔN THƯƠNG Ở GIAI ĐOẠN SỚM, CÁC TRƯỜNG HỢP THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ, NGỰC, THẮT LƯNG VÀ CÁC BỆNH LÝ VỀ TỦY SỐNG, THẦN KINH, BỆNH LÝ VỀ MẠCH MÁU NÃO VÀ MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN, DỊ DẠNG MẠCH MÁU, CÁC GIAI ĐOẠN CỦA TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO...

Máy ACHIEVA 1.5T là loại máy duy nhất chụp tạo hình toàn thân (total body Imaging)

3. VẤN ĐỀ AN TOÀN KHI CHỤP CHT - Y KHOA

- Hiện nay chưa thấy tác hại của từ trường đối với cơ thể. Tuy nhiên máy CHT - Y khoa có từ trường cao có thể gây tác hại nếu cơ thể mang vật kim loại, thiết bị cấy ghép bằng kim loại.
- Để đảm bảo an toàn người bệnh cần thông báo cho nhân viên y tế phòng chụp CHT - Y khoa về các thông tin như sau: Có đặt máy tạo nhịp tim, cấy ghép thiết bị điện tử, kim loại, mảnh kim khí trong người, răng giả...

4. NHỮNG ĐIỀU NGƯỜI BỆNH CẦN BIẾT TRƯỚC KHI CHỤP CHT - Y KHOA

- Tuân theo sự hướng dẫn của nhân viên phòng chụp CHT - Y khoa.
- Không mang các vật dụng sau vào phòng chụp CHT - Y khoa: Đồ trang sức, đồng hồ, kẹp tóc, chìa khóa, máy tính, điện thoại, thẻ tín dụng...
- Trong quá trình chụp CHT - Y khoa, người bệnh không nên cử động để có chất lượng hình ảnh tốt.
- Người bệnh có thể trao đổi với nhân viên điều khiển qua máy đàm thoại khi có bất cứ yêu cầu nào cần trợ giúp (cảm thấy khó chịu, bất an, không quen ở trong phòng có máy lạnh...)
- Người bệnh không cần nhịn đói trước khi chụp CHT - Y khoa. Trường hợp cần thăm khám có đối quang từ tĩnh mạch, gây mê để chụp hình, người bệnh phải nhịn đói 4-6 giờ trước khi chụp.
- Vui lòng mang theo đầy đủ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, phim chụp đã có (X quang, chụp cắt lớp điện toán (CT Scanner), cộng hưởng từ, siêu âm...)

Mọi chi tiết xin liên hệ: **PHÒNG CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ BV ĐA KHOA KHU VỰC QUẢNG NAM**
KHOA CDHA * ĐT : 0235.6547.008

TRÍCH QUY CHẾ HỒ SƠ BỆNH ÁN

- Bệnh án là tài liệu ghi chép tình hình bệnh tật và các chế độ điều trị có ý nghĩa rất quan trọng trong quản lý người bệnh, nghiên cứu khoa học, chứng từ tài chính và pháp y. Bệnh án thường được lưu trữ ít nhất trong 10 năm, bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm, bệnh án người bệnh tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.
- Bệnh án bệnh nhân cấp cứu phải được hoàn chỉnh trong vòng 24 giờ, không thuộc diện cấp cứu phải hoàn chỉnh trong vòng 36 giờ.
- Phải ghi đầy đủ các cột mục theo quy định, chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa, họ tên người bệnh phải ghi bằng chữ in hoa, có dấu.
- Người bệnh điều trị trên 15 ngày phải được sơ kết quá trình điều trị theo mẫu.
- Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh án theo đúng thứ tự quy định cho các loại giấy tờ. Các kết quả xét nghiệm xếp lệch nhau theo từng lớp và theo thứ tự trước-dưới sau-trên.
- Tất cả các giấy tờ có liên quan phải đóng dấu giáp lai để quản lý.
- Ban chủ nhiệm khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú mỗi tuần 2 đến 3 lần. Kết quả thăm khám, nhận xét và chỉ định phải được ghi vào tờ điều trị, ký, ghi rõ họ tên.
- Các bác sĩ điều trị ghi y lệnh dùng thuốc trong phiếu điều trị phải phù hợp với chẩn đoán và diễn biến bệnh, tên thuốc ghi rõ ràng, đúng danh pháp quy định. Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải được đánh số thứ tự, các chế độ chăm sóc, chế độ dinh dưỡng, theo dõi người bệnh phải bổ sung đầy đủ và ký ghi rõ họ tên người theo dõi.
- Khi người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án trước khi bàn giao, bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm hoàn thiện hồ sơ bệnh án của người bệnh.
- Khi người bệnh ra viện, bác sĩ điều trị hoàn chỉnh và tổng kết hồ sơ bệnh án theo quy định, trả về phòng KHTH trong vòng 24 giờ với bệnh án thường và trong vòng 15 ngày với bệnh án tử vong.*
- Quản lý hồ sơ bệnh án: Điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ:
 - Sắp xếp, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án
 - Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa
 - Hồ sơ phải để vào nơi quy định, dễ thấy, dễ lấy
 - Hết giờ làm việc phải kiểm tra bàn giao cho điều dưỡng trực
 - Không để người bệnh và gia đình xem hồ sơ bệnh án
 - Học viên thực tập chỉ được xem hồ sơ tại chỗ và phải được sự đồng ý của trưởng khoa, xem xong bàn giao lại ngay.

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC QUẢNG NAM

BỆNH ÁN

NĂM 202.....

HỌ TÊN:.....TUỔI:.....NAM /NỮ

ĐỊA CHỈ:.....

	MÃ BỆNH	SỐ VÀO VIỆN
VÀO VIỆN / KHOA: Ngày:...../...../202..... Giường:.....	Lần 2..... Ngày:...../...../202..... Giường:.....	XUẤT VIỆN / KHOA Ngày:...../...../202..... Giường:.....
CHUYỂN KHOA: Lần 1:..... Ngày:...../...../202..... Giường:.....	Lần 3:..... Ngày:...../...../202..... Giường:.....	SỐ THỨ TỰ:..... NGÀY BÀN GIAO:/...../202.....

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
KHU VỰC QUẢNG NAM

Mã người bệnh
Mã YT.....
Số vào viện
Số lưu trữ

BỆNH ÁN

Y HỌC CỔ TRUYỀN

Nội trú Ngoại trú Ban ngày

KHOA: Y HỌC CỔ TRUYỀN

KHOA CHUYỂN ĐẾN

PHÒNG:.....SỐ GIƯỜNG.....

HỌ VÀ TÊN (In hoa): Nam Nữ

Ngày, tháng, năm sinh:...../...../..... **Tuổi:**

Địa chỉ: Số nhà.....Thôn, Phố.....Xã, Phường.....

Huyện, Thị.....Tỉnh, Thành phố.....

Ngày vào viện:giờ.....phút.....ngày.....tháng.....năm.....

Ngày ra viện:giờ.....phút.....ngày.....tháng.....năm.....



BỘ Y TẾ

Số:.....

PHIẾU TIÊM CHỦNG CÁ NHÂN

Họ và tên:.....Nam/nữ.....

Họ và tên mẹ hoặc bố (trẻ nhỏ):.....

Ngày tháng năm sinh:...../...../.....

Nơi ở hiện tại: Thôn/ấp:.....Đội sản xuất:.....

Xã:..... Huyện:..... Tỉnh:.....

Ngàytháng năm.....

Trạm Y tế ký, đóng dấu

Lời dặn: 1/ Phiếu này dùng để cấp cho trẻ em, PNCT, nữ 15 - 35 tuổi.

2/ Tránh làm mất, giữ phiếu cẩn thận để xuất trình mỗi khi đi tiêm chủng.

LOẠI VẮC XIN	LẦN TIÊM/UỐNG <i>(Ghi rõ ngày, tháng, năm)</i>				
	1	2	3	4	5
LAO (BCG)					
BẠI LIỆT (OPV)					
BH-HG-UV (DPT)					
SỞI (MEASLES)					
VIÊM GAN B (HBV)					
UỐN VÁN (TT)					

DÀNH CHO ĐỐI TƯỢNG:

- Người bệnh trong tình trạng cấp cứu
- Trẻ em dưới 06 tuổi
- Phụ nữ có thai
- Người khuyết tật nặng, đặc biệt nặng
- Người từ đủ 75 tuổi trở lên

**BỆNH VIỆN ĐKKV QUẢNG NAM
KHOA KHÁM BỆNH
THẺ KHÁM BỆNH ƯU TIÊN**

Họ và tên:.....

Tuổi:.....

Địa chỉ:.....

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN
(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐKKV QUẢNG NAM

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

Số:/GKSK-BVĐKKVQN

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Ảnh
4x6

- Họ và tên (viết chữ in hoa):.....
- Giới tính: Nam Nữ
- Sinh ngày.....tháng.....năm..... (Tuổi:.....)
- Số CMND / CCCD / Hộ chiếu/định danh CD:.....
- Cấp ngày...../...../..... Tại.....
- Chỗ ở hiện tại:.....
- Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không b) Có ; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thủng màng nhĩ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên ngày tháng..... năm.....

đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao:cm; - Cân nặng: kg; - Chỉ số BMI:

- Mạch:lần/phút; - Huyết áp:...../..... mmHg

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sĩ chuyên khoa
1. Nội khoa		
a)	<i>Tuần hoàn</i>	
	Phân loại	
b)	<i>Hô hấp</i>	
	Phân loại	
c)	<i>Tiêu hóa</i>	
	Phân loại	
d)	<i>Thận-Tiết niệu</i>	
	Phân loại	
đ)	<i>Nội tiết</i>	
	Phân loại	
e)	<i>Cơ - xương - khớp</i>	
	Phân loại	
g)	<i>Thần kinh</i>	
	Phân loại	
h)	<i>Tâm thần</i>	
	Phân loại	
2.	Ngoại khoa, Da liễu:	
	- <i>Ngoại khoa:</i>	
	<i>Phân loại:</i>	
	- <i>Da liễu:</i>	
	<i>Phân loại:</i>	
3.	Sản phụ khoa:	
	
	Phân loại:	
	

4. Mắt:	
<i>Kết quả khám thị lực:</i>	Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>	
Phân loại:	
5. Tai - Mũi - Họng	
<i>Kết quả khám thính lực:</i>	
Tai trái: Nói thường.....m; Nói thầm.....m	
Tai phải: Nói thường..... m; Nói thầm..... m	
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>	
Phân loại:	
6. Răng - Hàm - Mặt	
<i>Kết quả khám:</i>	Hàm trên: Hàm dưới:
<i>Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):</i>	
Phân loại	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu: a) Công thức máu: Số lượng HC: Số lượng Bạch cầu: Số lượng tiểu cầu: b) Sinh hóa máu: Đường máu: Urê:..... Creatinin: ASAT(GOT):... ALAT (GPT):	

2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: b) Protein: c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....

2. Các bệnh, tật (nếu có):

.....

.....ngày..... tháng..... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

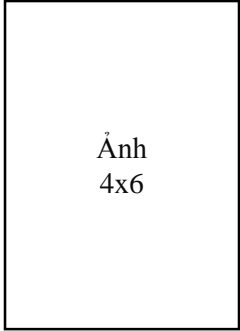
(Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐKKV QUẢNG NAM

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

Số:/GKSK-BVĐKKVQN

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



- Họ và tên (viết chữ in hoa):.....
- Giới tính: Nam Nữ
- Sinh ngày.....tháng.....năm..... (Tuổi:.....)
- Số CMND / CCCD / Hộ chiếu/định danh CD:.....
- Cấp ngày...../...../..... Tại.....
- Họ và tên bố, mẹ hoặc người giám hộ:.....
- Chỗ ở hiện tại:.....
- Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH TẬT

1. Tiền sử gia đình

Có ai trong gia đình mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh truyền nhiễm không:

a) Không b) Có ; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa cân; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt; Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (Nếu có cần ghi rõ tên bệnh:

b) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
3	Sởi			
4	Bại liệt			
5	Viêm não Nhật Bản B			
6	Viêm gan B			
7	Các loại khác			

c) Tiền sử bệnh/tật: (Các bệnh bẩm sinh và mãn tính)

- Không

- Có

Nếu “có”: ghi cụ thể tên bệnh

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

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:

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

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày..... tháng.... năm

Người đề nghị khám sức khỏe
(Hoặc cha/mẹ hoặc người giám hộ)
(Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

- Chiều cao:..... cm; - Cân nặng: Kg;

- Chỉ số BMI:

- Mạch: lần/phút; - Huyết áp:...../.....mmHg

Phân loại thể lực:

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sĩ chuyên khoa
1. Nhi khoa		
a)	<i>Tuần hoàn</i>	
b)	<i>Hô hấp</i>	
c)	<i>Tiêu hóa</i>	
d)	<i>Thận-Tiết niệu</i>	
đ)	<i>Thần kinh</i>	
e)	<i>Tâm thần</i>	
g)	<i>Khám lâm sàng khác</i>	
2. Mắt:		
<i>Kết quả khám thị lực:</i> Không kính: Mắt phải..... Mắt trái..... Có kính: Mắt phải..... Mắt trái.....		
<i>Các bệnh về mắt (nếu có):</i>		
3. Tai - Mũi - Họng		
<i>Kết quả khám thính lực:</i> Tai trái: Nói thường... ..m; Nói thầm.....m Tai phải: Nói thường... .. m; Nói thầm.....m		
<i>Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):</i>		

4. Răng - Hàm - Mặt	
Kết quả khám:	
Hàm trên:.....	
Hàm dưới:.....	
Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có):	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: Kết quả:	

IV. KẾT LUẬN CHUNG:

Sức khỏe bình thường:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hoặc các vấn đề sức khỏe cần lưu ý:

.....

.....

.....

.....

.....

..... ngày..... tháng.... năm.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Số:/GSKSLX/49005/20.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI LÁI XE, NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY CHUYÊN DỤNG

(Ban hành kèm theo Thông tư số 36/2024/TT-BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Ảnh (4x6 cm) đóng dấu giáp lai hoặc Scan ảnh (ảnh được chụp trên nền trắng trong thời gian không quá 06 (sáu) tháng tính đến ngày nộp hồ sơ khám sức khỏe)

- Họ và tên (viết chữ in hoa):
- Giới tính: Nam Nữ
- Ngày tháng năm sinh: (Tuổi:)
- Số CCCD /CC/Hộ chiếu/Định danh công dân:
- Cấp ngày/...../..... Tại
- Chỗ ở hiện tại:
- Đề nghị khám sức khỏe để lái xe hạng:

* **Lưu ý:** Trường hợp đối tượng KSK có CCCD/CC gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư không cần ghi mục 2, mục 5, mục 6

I. TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không ; b) Có ;

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử, bệnh sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không (Bác sỹ hỏi bệnh và đánh dấu X vào ô tương ứng)

Có/Không			Có/Không		
Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua			Đái tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết		
Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu			Bệnh tâm thần		
Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)			Mất ý thức, rối loạn ý thức		
Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thặng bằng			Ngất, chóng mặt, mệt mỏi, buồn ngủ hoặc ngất xỉu		
Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác			Bệnh tiêu hóa		

Phẫu thuật can thiệp tim - mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)		
Tăng huyết áp		
Khó thở		
Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính		
Bệnh thận, lọc máu		

Rối loạn giấc ngủ, ngừng thở khi ngủ, ngủ rũ ban ngày, ngáy to		
Tai biến mạch máu não hoặc liệt		
Bệnh hoặc tổn thương cột sống		
Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục		
Sử dụng ma túy và chất gây nghiện		

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

3. Câu hỏi khác (nếu có):

Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

.....

.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

....., ngày tháng năm

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên, chữ ký của Bác sỹ													
1. Tâm thần: Kết luận															
2. Thần kinh: Kết luận															
3. Mắt: - Thị lực nhìn xa từng mắt: + Không kính: Mắt phải: Mắt trái: + Có kính: Mắt phải: Mắt trái: - Thị lực nhìn xa hai mắt: Không kính Có kính - Thị trường:															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)</td> <td colspan="2">Thị trường đứng (chiều trên-dưới)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Bình thường</td> <td style="text-align: center;">Hạn chế</td> <td style="text-align: center;">Bình thường</td> <td style="text-align: center;">Hạn chế</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>				Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)		Thị trường đứng (chiều trên-dưới)		Bình thường	Hạn chế	Bình thường	Hạn chế				
Thị trường ngang hai mắt (chiều mũi - thái dương)				Thị trường đứng (chiều trên-dưới)											
Bình thường	Hạn chế			Bình thường	Hạn chế										
- Sắc giác + Bình thường <input type="checkbox"/> + Mùi màu toàn bộ <input type="checkbox"/> Mùi màu: - Đỏ <input type="checkbox"/> - Xanh lá cây <input type="checkbox"/> - Vàng <input type="checkbox"/> Các bệnh về mắt (nếu có): Kết luận															
4. Tai-Mũi-Họng Kết quả khám thính lực (có thể sử dụng máy trợ thính) + Tai trái: Nói thường:m; Nói thầm:m + Tai phải: Nói thường:m; Nói thầm:m - Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): Kết luận															

5. Tim mạch: + Mạch: lần/phút; + Huyết áp: / mmHg Kết luận	
6. Hô hấp Kết luận	
7. Cơ Xương Khớp: Kết luận	
8. Nội tiết: Kết luận	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ/Trưởng bộ phận
1. Xét nghiệm ma túy (Xét nghiệm sàng lọc và định tính các loại ma túy theo quy định của Bộ Y tế: Amphetamin, Marijuana, Morphin, Codein, Heroin) Kết quả:	
2. Các xét nghiệm chỉ thực hiện khi có chỉ định của bác sỹ khám sức khỏe: Xét nghiệm nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở/huyết học/sinh hóa/X.quang và các xét nghiệm khác (điện não đồ, điện tim...) a) Kết quả:	
b) Kết luận:	

IV. KẾT LUẬN (4)

.....

(Giấy khám sức khỏe này có giá trị sử dụng trong vòng 12 tháng kể từ ngày ký kết luận)

....., ngày tháng năm

NGƯỜI KẾT LUẬN
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

NGÀY KHÁM :...../...../.....

Phần 1: Phần đón tiếp:

1- Chỉ số sinh hiệu:

+ Mạch :.....lần/phút + Nhịp thở :.....lần/phút

+ Nhiệt độ :.....°C + Cân nặng :..... Kg

+ Huyết áp :...../..... mmHg

2- Giới thiệu đến phòng khám:.....

.....

Phần II: Phần khám bệnh:

1- Chỉ định cận lâm sàng :

CTM VSS ECG Nội soi

NTP ASLO Siêu âm

Phân Mantoux X quang

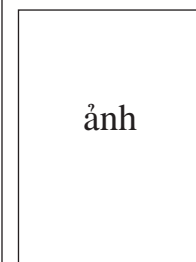
2- Kết quả cận lâm sàng:

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

3- Lâm sàng:

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

I- Các thông tin hành chính:



- Họ và tên:

- Năm sinh :Giới tính.....

Ngày.....tháng.....năm.....

GIÁM ĐỐC

II- Các thông tin liên quan Bệnh tật:

A. Nhóm máu: +Rh

B. Tiền sử bản thân:

1. Bệnh xã hội, bệnh mãn tính:

-
-
-

2. Những bệnh đã mắc:

.....

3. Tiền sử dị ứng:

.....
.....

C. Tiền sử gia đình: (Bố, mẹ, vợ, con... có ai mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh xã hội, bệnh ung thư... Nếu có, ghi rõ ai mắc, mắc bệnh gì ?)

* - Ai mắc: Họ và tên:.....

Mắc bệnh gì :

*

-

*

-

NGÀY KHÁM :...../...../.....

Phần 1: Phần đón tiếp:

1- Chỉ số sinh hiệu:

+ Mạch :.....lần/phút + Nhịp thở :.....lần/phút

+ Nhiệt độ :.....°C + Cân nặng :..... Kg

+ Huyết áp :...../..... mmHg

2- Giới thiệu đến phòng khám:.....

.....

Phần II: Phần khám bệnh:

1- Chỉ định cận lâm sàng :

CTM VSS ECG Nội soi

NTP ASLO Siêu âm

Phân Mantoux X quang

2- Kết quả cận lâm sàng:

.....

.....

.....

.....

.....

3- Lâm sàng:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4- Chẩn đoán và kê đơn:

- Bệnh chính:.....

- Bệnh kèm:.....

- Biến chứng:.....

1..... viên/gói

Ngày uống:..... viên/gói, chia.....lần

2..... viên/gói

Ngày uống:..... viên/gói, chia.....lần

3..... viên/gói

Ngày uống:..... viên/gói, chia.....lần

4.....

.....

5.....

6.....

.....

Lời dặn:.....

-.....

-.....

Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sĩ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

NGÀY KHÁM :...../...../.....

Phần I: Phần đón tiếp:

1- Chỉ số sinh hiệu:

+ Mạch :.....lần/phút + Nhịp thở :.....lần/phút

+ Nhiệt độ :.....°C + Cân nặng :..... Kg

+ Huyết áp :...../..... mmHg

2- Giới thiệu đến phòng khám:.....

.....

Phần II: Phần khám bệnh:

1- Chỉ định cận lâm sàng :

CTM VSS ECG Nội soi

NTP ASLO Siêu âm

Phân Mantoux X quang

2- Kết quả cận lâm sàng:

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

3- Lâm sàng:

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

4- Chẩn đoán và kê đơn:

- Bệnh chính:.....

- Bệnh kèm:.....

- Biến chứng:.....

1..... viên/gói

Ngày uống:..... viên/gói, chia..... lần

2..... viên/gói

Ngày uống:..... viên/gói, chia..... lần

3..... viên/gói

Ngày uống:..... viên/gói, chia..... lần

4.....

.....

5.....

6.....

.....

Lời dặn:.....

-.....

-.....

Ngày..... tháng..... năm.....

Bác sĩ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

**HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG SỔ
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

1. Sổ này được sử dụng kèm theo thẻ BHYT, để đối tượng được BHYT xuất trình đi khám bệnh.
2. Khi đi khám bệnh, chữa bệnh cần mang theo chứng minh thư hoặc các loại giấy tờ có dán ảnh đối chiếu.
3. Đến khám bệnh đúng tuyến đã đăng ký trước (trừ trường hợp cấp cứu).
4. Không cho người khác thuê hoặc mượn thẻ BHYT và sổ khám bệnh. Nếu phát hiện sẽ bị thu thẻ và chịu mọi tổn phí trong khám chữa bệnh.
5. Khi mất thẻ BHYT xin liên hệ BHXH tỉnh Quảng Nam hoặc chi nhánh BHXH huyện nơi công tác để xét cấp lại.

BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH QUẢNG NAM

**BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BHXH TỈNH QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC QUẢNG NAM**



**SỔ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
BẢO HIỂM Y TẾ**

(Dành cho đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi,
người già trên 90 tuổi, người tham gia BHYT)

Số thẻ :.....

Họ và tên:.....Năm sinh.....

Nghề nghiệp:.....

Đơn vị công tác:.....

Chỗ ở hiện nay:.....

Nơi đăng ký khám chữa bệnh:.....

.....

ĐI KHÁM NHỚ MANG THEO SỔ
(Thẻ có dán ảnh hoặc chứng minh nhân dân)

MS : 08/BV-01

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC QUẢNG NAM



SỔ BÀN GIAO
THUỐC THƯỜNG TRỰC

NĂM:.....

BỆNH VIỆN :.....

KHOA :.....

-Bắt đầu sử dụng ngày :...../...../.....

-Hết số, nộp lưu trữ ngày :...../...../.....

MS : 09/BV-01

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐKKV QUẢNG NAM
—❧—❧—❧—❧—

**SỔ BÀN GIAO
DỤNG CỤ THƯỜNG TRỰC**

NĂM:.....

BỆNH VIỆN :.....

KHOA :.....

Bắt đầu sử dụng ngày :...../...../.....

Hết sổ, nộp lưu trữ ngày :...../...../.....

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC QUẢNG NAM

SỔ ĐI BUỒNG

NĂM:.....

ĐDT KHOA :.....

KHOA :.....

*** Lưu ý:**

- Hết ngày thì gạch ngang
- Chỉ ghi những bệnh nhân có vấn đề cần giải quyết
- Bắt đầu sử dụng ngày :...../...../.....
- Hết sổ nộp lưu trữ ngày :...../...../.....

NGÀY THÁNG	HỌ VÀ TÊN NGƯỜI BỆNH/ SỐ GIƯỜNG/ THÂN NHÂN	NHỮNG VẤN ĐỀ CẦN THEO DÕI CHĂM SÓC CHO BỆNH NHÂN	GÓP Ý CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ THÂN NHÂN	HƯỚNG GIẢI QUYẾT

Ghi chú: Nếu là thân nhân thì phải ghi chú là thân nhân

MS : 29/BV-01

SỞ Y TẾ QUẢNG NAM
BỆNH VIỆN ĐKKV QUẢNG NAM



SỔ HỌP GIAO BAN

NĂM:.....

KHOA :.....

- Bắt đầu sử dụng ngày :...../...../.....

- Hết sổ, nộp lưu trữ ngày :...../...../.....

HƯỚNG DẪN HỢP GIAO BAN

A- PHẦN HÀNH CHÍNH

- Ngày...../...../.....
- Thành phần giao ban: (Họ tên, chức danh, chức vụ theo quy chế).....
- Chủ tọa : (họ tên, chức danh, chức vụ) :.....
- Thư ký : (họ tên, chức danh, chức vụ) :.....

B- NỘI DUNG BÁO CÁO

I. Báo cáo thường trực lãnh đạo:.....

II. Báo cáo thường trực chuyên môn:

1. Tình hình chung :

- Thành phần phiên trực :.....
- Số người bệnh cũ :..... - Số người bệnh vào trong phiên trực:
- Số người bệnh ra trong phiên trực: (tử vong, chuyển viện , ra viện):.....
- Số người bệnh hiện có :.....

2. cụ thể

a- Số người bệnh vào trong phiên trực: (tóm tắt từng người bệnh, cấp cứu trước)

- Họ tên người bệnh, tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp, địa chỉ, vào viện lúc: giờ, phút, ngày, tháng, năm, tại khoa, số giường, diễn biến bệnh, chẩn đoán và xử lý:.....

b- Số người bệnh ra viện : tổng số.....; trong đó:

1. Số tử vong nếu có : (tóm tắt diễn biến và xử lý) :.....

2. Số chuyển viện, lý do:.....

3. Số ra viện, lý do:.....c- Diễn biến bất thường của người bệnh nội trú và người bệnh chăm sóc cấp I :

1. Tóm tắt diễn biến và cách xử lý từng người bệnh tại khoa, số giường:.....

2. Ý kiến đề xuất:.....

III. Báo cáo thường trực cận lâm sàng:

- Xét nghiệm từng loại (huyết học, hóa sinh, chẩn đoán hình ảnh. . .).....

IV. Báo cáo thường trực hành chính bảo vệ :.....

C- KẾT LUẬN:

Chủ tọa nhận xét, rút kinh nghiệm, thông báo công việc trong ngày (chuyên môn, hậu cần. . .) và lưu ý theo dõi những người bệnh chăm sóc cấp I :

THƯ KÝ

CHỦ TỌA

Họ tên.....

Họ tên.....

