

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
Tỉnh, thành phố
8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐
10. BHYT giá trị đến ngàytháng..... năm Số thẻ BHYT
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
Điện thoại số

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

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

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:
---	--

Giám đốc

Trưởng khoa

Ngày tháng năm

Họ và tên

Họ và tên

A- BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:.....Vào ngày thứ của bệnh

II. Hỏi bệnh:

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân: (phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp ĐTr, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt vv...)

.....

.....

.....

Đặc điểm liên quan bệnh:

TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)	TT	Ký hiệu	Thời gian (tính theo tháng)
01	- Dị ứng ☐	(dị nguyên)	04	- Thuốc lá ☐	
02	- Ma túy ☐		05	- Thuốc lào ☐	
03	- Rượu bia ☐		06	- Khác ☐	

+ Gia đình: (Những người trong gia đình: bệnh đã mắc, đời sống, tinh thần, vật chất v.v...).

.....

.....

III-Khám bệnh:

1. Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động v.v...)

.....

.....

.....

.....

.....

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng	.kg

2. Các cơ quan:

+ Tuần hoàn:

.....

.....

.....

.....

+ Hô hấp:.....

.....

.....

.....

+ Tiêu hoá:

.....

.....
.....
+ Thận- Tiết niệu- Sinh dục:

.....
.....
+ Thần Kinh:

.....
.....
+ Cơ- Xương- Khớp:

.....
+ Tai- Mũi- Họng:

.....
+ Răng- Hàm- Mặt:

.....
+ Mắt:

+ Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

.....
3. Các xét nghiệm cận lâm sàng cần làm:

.....
4. Tóm tắt bệnh án:

IV. Chẩn đoán khi vào khoa điều trị:

+ Bệnh chính:

+ Bệnh kèm theo (nếu có):

+ Phân biệt:

V. Tiên lượng:

VI. Hướng điều trị:

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

3. Phương pháp điều trị:

4. Tình trạng người bệnh ra viện:.....

5. 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		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			
		Họ tên.....	Họ tên

SỞ Y TẾ ĐẮK LẮK
TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR

HỒ SƠ BỆNH ÁN

NỘI KHOA

Số nhập viện:

Số lưu trữ:

Mã số ICD:

Họ và tên:..... Năm sinh:.....
(Chữ in hoa)

Địa chỉ:

Chẩn đoán vào viện:

Chẩn đoán ra viện:

NHẬP VIỆN

Ngày...../...../20.....

Khoa:

XUẤT VIỆN

Ngày...../...../20.....

Khoa:

ĐỐI TƯỢNG	Thu phí	
	BHYT	
	Giảm phí	
	Miễn phí	

MS: 18/BV-01
Mã người bệnh:.....
Mã YT:.....
Số vào viện:.....
Số lưu trữ:

Trưởng khoa
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. LÝ DO VÀO VIỆN.....
.....

II. BỆNH SỬ

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

III. TIỀN SỬ

1. Bản thân:.....

+ 1. Dị ứng 2. Rượu 3. Ma túy 4. Thuốc lá 5. Khác

□□□□

Mô tả (nếu có):

.....
- Đặc điểm liên quan đến bệnh tật:.....

2. Gia đình:.....

IV. KHÁM BỆNH

1. Khám toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động...)

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

2. Khám bộ phận:

Tuần hoàn:.....
.....

Hô hấp:.....
.....

Tiêu hóa:
.....

Tiết niệu – sinh dục:.....
.....

Thần kinh:.....
.....

Cơ xương khớp:.....
.....

Tai - Mũi - Họng:.....
.....

Răng - Hàm - Mặt:.....
.....

Mắt:.....
.....

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác (nếu có):.....
.....

Mạch lần/ph
Nhiệt độ.....^oC
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở..... lần/ph
Cân nặng..... kg
Chiều cao..... cm
BMI.....

V. CẬN LÂM SÀNG

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính:.....
- Bệnh kèm theo (nếu có):
- Phân biệt:.....

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. VỌNG CHẨN

- 1. Hình thái:** 1. Gầy 2. Béo 3. Cân đối 4. Nằm co 5. Nằm duỗi 6. Ưa tĩnh 7. Ưa động 8. Khác ☐☐☐
- 2. Thân:** 1. Còn thân 2. Không còn thân 3. Khác ☐☐
- 3. Sắc:** 1. Bệch (trắng) 2. Đỏ 3. Vàng 4. Xanh 5. Đen 6. Bình thường 7. Khác ☐☐☐
- 4. Trạch** 1. Tươi nhuận 2. Khô 3. Khác ☐☐
- 5. Lưỡi:**
- Hình thái: 1 Bình thường 2. Lệch 3. Rứt 4. khác ☐☐
- Chất lưỡi, sắc lưỡi: 1. Đậm 2. Bệu 3. Gầy mỏng 4. Nứt 5. Cứng 6. Loét ☐☐☐
7. Hồng 8. Nhợt 9. Đỏ 10. Đỏ sẫm 11. Tím 12. Khác ☐☐☐
- Rêu lưỡi: 1. Có 2. Không 3. Bong 4. Dầy 5. Mỏng 6. Ướt 7. Khô 8. Nhuận
9. Dính 10. Trắng 11. Vàng 12. Khác
- 6. Mô tả khác (nếu có)**

II. VĂN CHẨN

1. Âm thanh:

- 1.1. Tiếng nói: 1. Bình thường 2. To 3. Nhỏ 4. Đứt quãng 5. Khàn 6. Ngọng 7. Mất 8. Khác ☐☐☐☐☐
- 1.2. Hơi thở: 1. Bình thường 2. Đứt quãng 3. Ngán 4. Mạnh 5. Yếu
6. Tho 7. Rít 8. Khò khè 9. Chậm 10. Gấp 11. Khác ☐☐☐☐☐
- 1.3. Ho: 1. Có 2. Không ☐
1. Ho liên tục 2. Cơn 3. Ít 4. Nhiều 5. Khan 6. Có đờm 7. Khác ☐☐☐
- 1.4. Ợ: 1. Có 2. Không ☐

- 1.5. Nắc 1. Có 2. Không ☐
- 2. Mùi:**
- 2.1. Mùi cơ thể, mùi hơi thở: 1. Có 2. Không ☐
1. Chua 2. Khắm 3. Tanh 4. Thối 5. Hôi 6. Khác ☐
- 2.2. Chất thải biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không ☐
1. Đờm 2. Chất nôn 3. Phân 4. Nước tiểu 5. Khí hư 6. Kinh nguyệt 7. Khác ☐

Mô tả khác (nếu có):

III. VẤN CHẨN

1. Hàn nhiệt:

- Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không ☐
1. Thích nóng 2. Sợ nóng 3. Thích mát 4. Sợ lạnh 5. Trong người nóng
6. Trong người lạnh 7. Rét run 8. Hàn nhiệt vắng lai 9. Khác ☐

2. Mô hôi: 1. Bình thường 2. Không có mồ hôi 3. Tự hãn 4. Đạo hãn 5. Nhiều 6. Ít 7. Khác ☐

- 3. Đầu mặt:** Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không ☐
- Đau đầu: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Di chuyển 5. Ê ẩm 6. Nhói
7. Căng 8. Nặng đầu 9. Đau thắt 10. Khác ☐

- Hoa mắt chóng mặt: 1. Có 2. Không ☐

- Mắt: 1. Nhìn không rõ 2. Đau 3. Khác ☐

- Tai: 1. Û 2. Điếc 3. Đau 4. Khác ☐

- Mũi: 1. Ngạt 2. Chảy nước 3. Chảy máu cam 4. Đau 5. Khác ☐

- Họng: 1. Đau 2. Khô 3. Khác ☐

- Cổ vai: 1. Mỏi 2. Đau 3. Khó vận động 4. Khác ☐

- 4. Lưng:** Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không ☐
1. Mỏi lưng 2. Đau 3. Khó vận động ☐

5. Ngực: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không ☐

1. Tức 2. Đau 3. Ngột ngạt khó thở 4. Đau tức cạnh sườn

5. Đánh trống ngực 6. Khác ☐

5. Bụng: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không ☐

1. Đau 3. Sôi bụng 3. Nóng ruột 4. Đầy trướng 5. Khác ☐

6. Chân tay: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không ☐

1. Đau 2. Tê 3. Buồn 4. Mỏi 5. Nhức 6. Nóng 7. Lạnh 8. Khác ☐

7. Ăn: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không ☐

1. Thích nóng 2. Thích mát 3. Ăn nhiều 4. Ăn ít 5. Đắng miệng 6. Nhạt miệng

7. Thèm ăn 8. Chán ăn 9. Ăn vào bụng chướng 10. Khác ☐

8. Uống: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không ☐

1. Thích uống: 1. Mát, 2. Ấm nóng, 3. Nhiều, 4. Ít 5. Khác ☐

10. Đại, tiểu tiện: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không ☐

- Tiểu tiện: 1. Vàng 2. Đỏ 3. Đục 4. Buốt 5. Rắt 6. Không tự chủ 7. Bí 8. Khác ☐

- Đại tiện: 1. Táo 2. Nát 3. Sống 4. Lỏng 5. Nhầy mũi 6. Bí 7. Khác ☐

11. Ngủ: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không ☐

1. Khó vào giấc ngủ 2. Hay tỉnh 3. Hay mê 4. Ngủ ít 5. Khác ☐

12. Khả năng sinh dục-sinh sản

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không 3. Mãn dục ☐

12.1 Nam giới:

1. Liệt dương 2. Di tinh 3. Hoạt tinh 4. Mộng tinh 5. Lãnh tinh 6. Khác

☐☐☐

12.2 Nữ giới:

1. Vô sinh 2. Động thai 3. Sảy thai 4. Sảy thai liên tiếp 5. Khác

☐☐☐

- Kinh nguyệt: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

☐

+ Rối loạn kinh nguyệt: 1. Trước kỳ 2. Sau kỳ 3. Bề kinh 4. Khác

☐☐

+ Thống kinh: 1. Trước kỳ 2. Trong kỳ 3. Sau kỳ 4. Khác

☐☐

- Đới hạ: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

☐

1. Vàng 2. Trắng 3. Hồng 4. Hôi 5. Khác

☐☐

13. Các yếu tố liên quan đến xuất hiện bệnh: 1. Có 2. Không

☐

14. Mô tả khác (nếu có)

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

IV. THIẾT CHẨN

1. Xúc chẩn: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

☐

- Da: 1. Khô 2. Nóng 3. Lạnh 4. Ướt 5. Chân tay nóng

6. Chân tay lạnh 7. Ấn lõm 8. Ấn đau 9. U/Cục 10. Khác

☐☐☐

- Cơ xương khớp: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

☐

1. Mềm nhẽo 2. Căng cứng 3. Ấn đau 4. Khác

☐☐☐

- Bụng: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

☐

1. Chướng 2. Tích 3. Tụ 4. Thiện án 5. Cự án 6. Khác

☐☐☐

- Mô hôi: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

☐

1. Toàn thân 2. Trán 3. Tay 4. Chân 5. Khác

☐☐☐

2. Mạch chẩn: 1. Trầm 2. Trì 3. Phù 4. Sác 5. Hoạt 6. Huyền 7. Hoạt 8. Khác

☐☐☐

- Tổng quán: Bên phải (Khí, dương):

☐☐☐

Bên trái (Huyết, âm):

☐☐☐

- Vi quán + Mạch tay trái: Thốn ☐☐☐ Quan ☐☐☐ Xích ☐☐☐

+ Mạch tay phải: Thốn ☐☐☐ Quan ☐☐☐ Xích ☐☐☐

3. Mô tả khác (nếu có)

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

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN

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

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ

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

VII. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh danh: □□□□□□
2. Bát cương:
1. Biểu 2. Lý 3. Hư 4. Thực 5. Hàn 6. Nhiệt 7. Âm 8. Dương □□□□□
3. Nguyên nhân: 1. Nội nhân 2. Ngoại nhân 3. Bất nội ngoại nhân □
4. Tạng phủ: 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận 6. Tâm bào 7. Tiểu trường 8. Đờm 9. Vị
10. Đại trường 11. Bàng quang 12. Tam tiêu 13. Phủ kỳ hỗng □□□□□
5. Kinh, mạch: 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận 6. Tâm bào 7. Tiểu trường 8. Đờm
9. Vị 10. Đại trường 11. Bàng quang 12. Tam tiêu 13. Mạch đốc 14. Mạch nhâm □□□□□
6. Định vị bệnh theo: 1. Vệ 2. Khí 3. Dinh 4. Huyết □□□□□

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Pháp điều trị:
2. Phương:
- Phương dược
-
- Phương pháp điều trị không dùng thuốc
-
-
-
-
- Các phương pháp khác
-
-
-

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Hướng điều trị:
(Phương pháp điều trị, chế độ dinh dưỡng, chế độ chăm sóc, ...):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. DỰ HẬU (TIỀN LƯỢNG):.....

.....

.....

.....

..... giờ ngày tháng năm.
Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện:
2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:
3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:.....
4. Chẩn đoán vào viện:
- Y học hiện đại: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:.....
- Y học cổ truyền: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:.....
5. Phương pháp điều trị:
- Y học hiện đại:
- Y học cổ truyền:
6. Kết quả điều trị: 1. Khỏi 2. Đỡ 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong ☐
7. Chẩn đoán ra viện:
- Y học hiện đại: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:.....
- Y học cổ truyền: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:.....
8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:
9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp:

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm..... Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên.....	
- CT Scanner			
- MRI		Người nhận hồ sơ:	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			
		Họ tên.....	Họ tên

SỞ Y TẾ ĐẮK LẮK
TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR

HỒ SƠ BỆNH ÁN

NỘI TRÚ YHCT - PHCN

Số nhập viện:

Số lưu trữ:

Mã số ICD:

Họ và tên:..... Năm sinh:.....
(Chữ in hoa)

Địa chỉ:

Chẩn đoán vào viện:

Chẩn đoán ra viện:

NHẬP VIỆN

Ngày...../...../20.....

Khoa:

XUẤT VIỆN

Ngày...../...../20.....

Khoa:

ĐỐI TƯỢNG	Thu phí	
	BHYT	
	Giảm phí	
	Miễn phí	

Sở Y tế Đắk Lắk
Trung tâm Y tế Ea Kar
Khoa:.....
Buồng:Giường:

BỆNH ÁN NỘI TRÚ NHI
Y HỌC CỔ TRUYỀN

MS: 20/BV-01
Mã người bệnh:.....
Mã YT:.....
Số vào viện:
Số lưu trữ:

PHẦN I: PHẦN CHUNG

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. Quốc tịch:
7. Địa chỉ hiện tại: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:
Tỉnh, thành phố:
8. Nơi học tập:
9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐
10. Số thẻ BHYT: Có giá trị sử dụng từ ngàytháng năm
11. Số căn cước/Hộ chiếu/Số định danh cá nhân:
12. Họ tên, địa chỉ thân nhân của người bệnh khi cần báo tin:
.....số điện thoại:

II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

13. Vào viện: giờ.....ph ngày...../...../.....	15.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế ☐ 2.Tự đến ☐ 3.Khác ☐
14. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu ☐ 2.KKB ☐ 3.Khoa điều trị ☐	- Vào viện do bệnh này lần thứ
16. Vào khoa Ngày /tháng /năm Ngày ĐT Giờ.....phút...../...../.....	18. Chuyển viện: 1. Chuyển đến ☐ 2. Chuyển đi ☐ 3.CK ☐
17. Chuyển Giờ.....phút...../...../..... Khoa Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến 19. Ra viện: giờ ngày/...../..... 1. Ra viện ☐ 2. Xin ra viện ☐ 3. Trốn viện ☐
	20. Tổng số ngày điều trị.....

III. CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN THEO YHHD	MÃ	CHẨN ĐOÁN THEO YHCT	MÃ
21.1 Nơi chuyển đến:		21.2. Nơi chuyển đến:	
22.1.KKB/Cấp cứu.....		22.2.KKB/Cấp cứu	
23.1. Khi vào khoa điều trị		23.2 Vào khoa điều trị:	
- Bệnh chính.....		- Bệnh chính.....	
- Bệnh kèm theo.....		- Bệnh kèm theo.....	
..... + Thủ thuật ☐ + Phẫu thuật ☐		 + Thủ thuật ☐ + Phẫu thuật ☐	
24.1 Ra viện:		24.2 Chẩn đoán ra viện:	
- Bệnh chính.....		- Bệnh chính.....	
- Bệnh kèm theo.....		- Bệnh kèm theo.....	
..... + Tai biến ☐ + Biến chứng ☐		 + Tai biến ☐ + Biến chứng ☐	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

25. Kết quả điều trị	27. Tình hình tử vong:giờ.....phút ngày tháng năm.....
1. Khỏi ☐ 4. Nặng hơn ☐	1. Do bệnh ☐ 2. Do tai biến điều trị ☐ 3. Khác ☐
2. Đờ ☐ 5. Tử vong ☐	4. Trong 24 giờ vào viện ☐ 5. Sau 24 giờ vào viện ☐
3. Không thay đổi ☐	28. Nguyên nhân chính tử vong:
26. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết)	29. Khám nghiệm tử thi: ☐ 30. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:
1. Lành tính ☐ 2. Nghi ngờ ☐ 3. Ác tính ☐	

Ngày . . . tháng . . . năm

Giám đốc
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Trưởng khoa
(Ký và ghi rõ họ tên)

PHẦN II: BỆNH ÁN

A. Y HỌC HIỆN ĐẠI

I. LÝ DO VÀO VIỆN:

II. BỆNH SỬ:

III. TIỀN SỬ:

1. Tình hình lúc đẻ:

+ Con thứ 1, 2, 3, 4, 5

1. Đẻ đủ, 2. thiếu tháng

1. Đẻ dễ, 2. khó

Cân nặng: 1. $\leq 2,5$ kg, 2. $> 2,5$ kg

+ Lúc đẻ ngạt thở

Có

Không

+ Thời gian rụng rốn: 1. bình thường (5-7 ngày), 2. bất thường (>7 ngày)

2. Chế độ ăn:

a) < 1 tuổi: bú mẹ, nhân tạo, hỗn hợp

Tháng cai sữa:

b) > 1 tuổi:

3. Phát dục:

+ Tháng biết lẫy: bình thường (3-4 tháng), chậm > 4 tháng

+ Tháng biết bò: bình thường (6-7 tháng), chậm > 7 tháng

+ Tháng biết đi: bình thường (9-12 tháng), chậm > 12 tháng

+ Tháng biết nói:

+ Tháng mọc răng: bình thường (> 6 tháng), chậm > 12 tháng

+ Tuổi bắt đầu có kinh nguyệt:

4. Đã tiêm chủng:

Có

Không

5. Bệnh đã mắc:

Có

Không

- Mô tả:

+ Cá nhân:

+ Gia đình:

6. Đặc điểm sinh hoạt (Vật chất, tinh thần, nghề nghiệp):

7. Tiền sử đặc biệt khác (nếu có):

IV. KHÁM BỆNH:

4.1 Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động...)

Mạch.....lần/phút

Nhiệt độ..... °C

Huyết áp/..... mmHg

Nhịp thở..... lần/phút

Cân nặngkg

Chiều cao..... cm

BMI.....

4.2 Khám bộ phận:

Tuần hoàn:

Hô hấp:.....

Tiêu hóa:

Tiết niệu - sinh dục:

Thần kinh:

Cơ xương khớp:

Tai - Mũi - Họng:

Răng - Hàm - Mặt:

Mắt:

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác (nếu có):

V. CẬN LÂM SÀNG:

VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN:

VII. CHẨN ĐOÁN:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

- Phân biệt:

B. Y HỌC CỔ TRUYỀN

I. VỌNG CHẨN:

1. **Hình thái:** 1. Gầy 2. Béo 3. Cân đối 4. Nằm co 5. Nằm duỗi 6. Ưa tĩnh 7. Ưa động 8. Khác

2. **Thần:** 1. Còn thần 2. Không còn thần 3. Khác

3. **Sắc:** 1. Bệch (trắng) 2. Đỏ 3. Vàng 4. Xanh 5. Đen 6. Bình thường 7. Khác

4. **Trạch** 1. Tươi nhuận 2. Khô 3. Khác

5. Lưỡi:

- Hình thái: 1. Bình thường 2. Lệch 3. Rụt 4. Khác

- Chất lưỡi, sắc lưỡi: 1. Đậm 2. Bệu 3. Gầy mỏng 4. Nứt 5. Cứng 6. Loét
7. Hồng 8. Nhợt 9. Đỏ 10. Đỏ sẫm 11. Xanh tím 12. Khác

- Rêu lưỡi: 1. Có 2. Không 3. Dầy 4. Mỏng 6. Ướt 7. Khô 8. Nhuận
9. Dính 10. Trắng 11. Vàng 12. Khác

6. Chỉ tay (trẻ dưới 3 tuổi):

- Đường đi: 1. Phong quan 2. Khí quan 3. Mệnh quan

- Tính chất: 1. Nổi 2. Chìm 3. Hoạt 4. Trệ 5. Khác

- Hình dáng: 1. Thẳng 2. Chia nhánh 3. Liên tục 4. Đứt đoạn 5. Khác

- Màu sắc: 1. Đỏ 2. Đỏ tươi 3. Đỏ nhạt 4. Đỏ bầm (đỏ tím)
4. Xanh 5. Xanh tím 6. Xanh đen 7. Khác

7. Mô tả khác (nếu có):

II. VẤN CHẨN:

1. Âm thanh:

1.1. Tiếng nói: 1. Bình thường 2. To 3. Nhỏ 4. Đứt quãng 5. Khàn 6. Ngọng 7. Mất 8. Khác

1.2. Hơi thở: 1. Bình thường 2. Đứt quãng 3. Ngán 4. Mạnh 5. Yếu
6. Thô 7. Rít 8. Khò khè 9. Chậm 10. Gấp 11. Khác

1.3. Ho: 1. Có 2. Không

1. Ho liên tục 2. Con 3. Ít 4. Nhiều 5. Khan 6. Có đờm 7. Khác

1.4. Ợ: 1. Có 2. Không

1.5. Nấc 1. Có 2. Không

2. Mùi:

- Mùi cơ thể, mùi hơi thở: 1. Có 2. Không

1. Chua 2. Khắm 3. Tanh 4. Thối 5. Hôi 6. Khác

- Chất thải biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

1. Đờm 2. Chất nôn 3. Phân 4. Nước tiểu 5. Khí hư 6. Kinh nguyệt 7. Khác

3. Mô tả khác (nếu có):

III. VẤN CHẨN:

1. Hàn nhiệt:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

1. Thích nóng 2. Sợ nóng 3. Thích mát 4. Sợ lạnh 5. Trong người nóng

6. Trong người lạnh 7. Rét run 8. Hàn nhiệt vắng lai 9. Khác

2. Mồ hôi:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

1. Không có mồ hôi 2. Tự hãn 3. Đạo hãn 4. Nhiều 5. Ít 6. Khác

3. Đau mặt cổ:

Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

- Đau đầu: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Di chuyển 5. Ê ẩm 6. Nhói

7. Căng 8. Nặng đầu 9. Đau thắt 10. Khác

- Hoa mắt chóng mặt: 1. Có 2. Không
- Mắt: 1. Nhìn không rõ 2. Đau 3. Khác
- Tai: 1. Ò 2. Điếc 3. Đau 4. Khác
- Mũi: 1. Ngạt 2. Chảy nước 3. Chảy máu cam 4. Đau 5. Khác
- Họng: 1. Đau 2. Khô 3. Khác
- Cổ vai: 1. Mỏi 2. Đau 3. Khó vận động 4. Khác
- 4. **Lưng:** Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
 - 1. Đau 2. Khó vận động 3. Co cứng cơ 4. Khác
- 5. **Ngực:** Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
 - 1. Tức 2. Đau 3. Ngột ngạt khó thở 4. Đau tức cạnh sườn
 - 5. Đánh trống ngực 6. Khác
- 6. **Bụng:** Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
 - 1. Đau 2. Sôi bụng 3. Nóng ruột 4. Đầy trướng 5. Khác
- 7. **Chân tay:** Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
 - 1. Đau 2. Tê 3. Buồn 4. Mỏi 5. Nhức 6. Nóng 7. Lạnh 8. Khác
- 8. **Ăn:** Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
 - 1. Thích nóng 2. Thích mát 3. Ăn nhiều 4. Ăn ít 5. Đắng miệng 6. Nhạt miệng
 - 7. Thèm ăn 8. Chán ăn 9. Ăn vào bụng chướng 10. Khác
- 9. **Uống:** Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
 - Thích uống: 1. Mát 2. Ấm nóng 3. Nhiều 4. Ít 5. Khác
- 10. **Đại, tiểu tiện:** Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
 - Tiểu tiện: 1. Vàng 2. Đỏ 3. Đục 4. Buốt 5. Rất 6. Không tự chủ 7. Bí 8. Khác
 - Đại tiện: 1. Táo 2. Nát 3. Sóng 4. Lỏng 5. Nhầy mũi 6. Bí 7. Khác
- 11. **Ngủ:** Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
 - 1. Khó vào giấc ngủ 2. Hay tỉnh 3. Hay mê 4. Ngủ ít 5. Khác
- 12. Khả năng sinh dục-sinh sản
 - Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không

12.1 Nam giới:

- 1. Mộng tinh 2. Khác

12.2 Nữ giới:

- Kinh nguyệt: biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
- + Rối loạn kinh nguyệt: 1. Trước kỳ 2. Sau kỳ 3. Bế kinh 4. Khác
- + Thống kinh: 1. Trước kỳ 2. Trong kỳ 3. Sau kỳ 4. Khác
- Đới hạ: biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
 - 1. Vàng 2. Trắng 3. Hồng 4. Hôi 5. Khác

- 13. **Điều kiện xuất hiện bệnh:** 1. Có 2. Không

14. Mô tả khác (nếu có):

IV. THIẾT CHẨN:

- 1. **Xúc chẩn:** Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không
 - Da: 1. Khô 2. Nóng 3. Lạnh 4. Ướt 5. Chân tay nóng
 - 6. Chân tay lạnh 7. Ấn lõm 8. Ấn đau 9. U/Cục 10. Khác
 - Cơ - xương - khớp: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
 - 1. Mềm nhẽo 2. Căng cứng 3. Ấn đau 4. Khác
 - Bụng: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
 - 1. Chướng 2. Tích 3. Tụ 4. Thiện án 5. Cự án 6. Khác
 - Mò hời: Biểu hiện bệnh lý 1. Có 2. Không
 - 1. Toàn thân 2. Trán 3. Tay 4. Chân 5. Khác
 - Thóp: 1. Đã liền 2. Chưa liền
 - 3. Phẳng 4. Lõm 5. Phồng 6. Rộng 7. Khác

2. Mạch chẩn (trẻ trên 3 tuổi): 1. Phù 2. Trầm 3. Trì 4. Sác
5. Tế 6. Huyền 7. Hoạt 8. Vô lực 9. Có lực 10. Khác

- Tổng khám: Bên phải (Khí, dương):
Bên trái (Huyết, âm):

- Vi khám: + Mạch tay trái: Thốn

 Quan

 Xích

+ Mạch tay phải: Thốn

 Quan

 Xích

3. Mô tả khác (nếu có):

V. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

VI. BIỆN CHỨNG LUẬN TRỊ:

VII. CHẨN ĐOÁN:

1. Bệnh danh:

--	--	--	--	--	--

2. Bát cương: 1. Biểu 2. Lý 3. Hư 4. Thực 5. Hàn 6. Nhiệt 7. Âm 8. Dương

--	--	--	--	--	--

3. Nguyên nhân: 1. Nội nhân 2. Ngoại nhân 3. Bất nội ngoại nhân

4. Tạng phủ: 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận

6. Tâm bào 7. Tiểu trường 8. Đờm 9. Vị 10. Đại trường 11. Bàng quang

12. Tam tiêu 13. Phủ kỳ hỷ

--	--	--	--	--

5. Kinh mạch: 1. Tâm 2. Can 3. Tỳ 4. Phế 5. Thận 6. Tâm bào 7. Tiểu trường 8. Đờm

9. Vị 10. Đại trường 11. Bàng quang 12. Tam tiêu 13. Mạch đốc 14. Mạch nhâm

--	--	--	--	--

6. Định vị bệnh theo: 1. Vệ 2. Khí 3. Dinh 4. Huyết

--	--

C. ĐIỀU TRỊ

I. Y HỌC CỔ TRUYỀN:

1. Pháp:

2. Phương:

- Phương dược:

- Phương pháp điều trị không dùng thuốc:

- Các phương pháp khác

II. Y HỌC HIỆN ĐẠI: Hướng điều trị:

(Phương pháp điều trị, chế độ dinh dưỡng, chế độ chăm sóc,):

III. DỰ HẬU (TIỀN LƯỢNG):

..... giờ ngày tháng năm
Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
(Ký tên, ghi rõ họ tên)

PHẦN III: TỔNG KẾT BỆNH ÁN RA VIỆN

1. Lý do vào viện:
2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:
.....
.....
.....
3. Tóm tắt kết quả cận lâm sàng:.....
.....
.....
.....
4. Chẩn đoán vào viện:
- Y học hiện đại: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:
.....
- Y học cổ truyền: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:
.....
5. Phương pháp điều trị:
- Y học hiện đại:
- Y học cổ truyền:
6. Kết quả điều trị: 1. Khỏi 2. Đỡ 3. Không thay đổi 4. Nặng hơn 5. Tử vong
7. Chẩn đoán ra viện
- Y học hiện đại: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:
.....
- Y học cổ truyền: Bệnh chính:
Bệnh kèm theo:
.....
8. Tình trạng người bệnh khi ra viện:
.....
.....
9. Hướng điều trị và các chế độ tiếp theo:
.....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm..... Thầy thuốc khám bệnh, chữa bệnh
Loại	Số tờ		
- X – quang		Họ tên.....	Họ tên
- CT Scanner			
- MRI		Người nhận hồ sơ:	
- Khác.....		Họ tên.....	
- Toàn bộ hồ sơ			

SỞ Y TẾ ĐẮK LẮK
TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR

HỒ SƠ BỆNH ÁN

NỘI TRÚ NHI YHCT - PHCN

Số nhập viện:

Số lưu trữ:

Mã số ICD:

Họ và tên:..... Năm sinh:.....
(Chữ in hoa)

Địa chỉ:

Chẩn đoán vào viện:

Chẩn đoán ra viện:

NHẬP VIỆN

Ngày...../...../20.....

Khoa:

XUẤT VIỆN

Ngày...../...../20.....

Khoa:

**ĐỐI
TƯỢNG**

Thu phí

BHYT

Giảm phí

Miễn phí

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (In hoa):

3. Giới: 1. Nam ☐ 2. Nữ ☐

5. Dân tộc: ☐ ☐

7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường.....
Tỉnh, thành phố ☐ ☐

8. Nơi làm việc:

10. BHYT giá trị đến 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 ☐

2. Sinh ngày: Tuổi

4. Nghề nghiệp:

6. Quốc tịch:

9.Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý:.....
.....
.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:
+ Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH:

1. Toàn thân:

2. Các bộ phận:.....

Mạchlần/ph
Nhiệt độ.....^oC
Huyết áp/..... mmHg
Nhịp thở.....lần/ph
Cân nặngkg
Chiều cao cm

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/...../.....

Giám đốc

Ngày tháng năm
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 vào 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		Họ tên.....	
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			

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.....
Tỉnh, thành phố
8. Nơi làm việc: 9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐
10. BHYT giá trị đến ngàytháng..... 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 ☐

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. HỎI BỆNH:

1. Quá trình bệnh lý:.....
.....
.....

2. Tiền sử bệnh:

+ Bản thân:
+ Gia đình:

IV. KHÁM BỆNH:

1. Toàn thân:
.....
.....

Mạch	lần/ph
Nhiệt độ.....	°C
Huyết áp	/..... mmHg
Nhịp thở.....	lần/ph
Cân nặng	.kg

2. Các bộ phận:.....
.....
.....

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
Bác sỹ khám bệnh

Giám đốc Trung tâm Y tế

[illegible]

[illegible]

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 viên:

- 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		Người nhận hồ sơ:	
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác.....			
- Toàn bộ hồ sơ			

Họ tên NB:.....
 Ngày sinh:/...../.....
 Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐
 Số giường:Số buồng:
 Ngày vào viện:...../...../.....
 Chẩn đoán:

[illegible]

Sở Y tế Đắk Lắk
Trung tâm Y tế Ea Kar
Khoa:

PHIẾU CHĂM SÓC

Phiếu số:.....

MS: 09/BV-01

Số vào viện

- Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/ Nữ

- Số giường: Buồng: Chẩn đoán:

[illegible]

[illegible]

Sở Y tế Đắk Lắk

Trung tâm Y tế Ea Kar

PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

Tờ số:

MS: 36/BV2

Số vào viện.....

Mã người bệnh.....

Họ và tên người bệnh: Tuổi: ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa: Phòng:..... Giường:.....

Chân đoán:

Chẩn đoán phân biệt:

[illegible]

Ghi chú: Bác sỹ ký ngay sau mỗi lần ghi chép trong phần “Diễn biến bệnh” hoặc “Chỉ định”

Sở Y tế Đắk Lắk

Trung tâm Y tế Ea Kar

Khoa: YHCT- PHCN

PHIẾU ĐIỀU TRỊ

Tờ số:

Số vào viện:.....

Buông:.....

Giường:.....

Họ và tên người bệnh: Tuổi: Giới ☐ Nam ☐ Nữ

Chẩn đoán:

[illegible]

[illegible]

Sở Y tế Đắk Lắk
Trung tâm Y tế Ea Kar
Khoa:

MS: 10/BV-01
PHIẾU THEO DÕI CHỨC NĂNG SỐNG
Số vào viện:

- Họ tên người bệnh:Tuổi: Giới:
- Số giường: Bường:
- Chẩn đoán:

Ngày, tháng																	
Mạch L/ph	Nhiệt độ C																
160	41																
140	40																
120	39																
100	38																
80	37																
60	36																
40	35																
1. Huyết áp (mmHg)																	
2. Cân nặng (Kg)																	
3. Nhịp thở (lần/phút)																	
4.																	
5.																	
ĐD																	
Ký và ghi tên																	

Ghi chú: ô số 1, 2, 3, 4, 5 để ghi các chỉ số theo dõi chỉ định của bác sỹ.

Sở Y tế Đắk Lắk
Trung tâm Y tế Ea Kar
Khoa:

MS: 10/BV-01
PHIẾU THEO DÕI CHỨC NĂNG SỐNG
Số vào viện:

- Họ tên người bệnh:Tuổi: Giới:
- Số giường: Buồng:
- Chẩn đoán:

Ngày, tháng																	
Mạch L/ph	Nhiệt độ C																
160	41																
140	40																
120	39																
100	38																
80	37																
60	36																
40	35																
1. Huyết áp (mmHg)																	
2. Cân nặng (Kg)																	
3. Nhịp thở (lần/phút)																	
4.																	
5.																	
ĐD																	
Ký và ghi tên																	

Ghi chú: ô số 1, 2, 3, 4, 5 để ghi các chỉ số theo dõi chỉ định của bác sỹ.

Sở Y tế Đắk Lắk

Trung tâm Y tế Ea Kar

PHIẾU THEO DÕI

MS: TD-02

Số vào viện.....

Mã người bệnh.....

Họ và tên người bệnh: Tuổi: ☐ Nam ☐ Nữ

Khoa: Phòng: Giường:

Chẩn đoán:

[illegible]

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:.....

☐ Nam☐ Nữ

Khoa:..... Phòng:..... Giường:

I. Tư vấn, hướng dẫn khi bắt đầu nhập viện

TT	Nội dung	Nhu cầu hướng dẫn		Kết quả hướng dẫn		
		Có	Không	HDTh	HDTh	HTHD
1	Hướng dẫn chế độ BHYT					
2	Phổ biến nội quy, quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Hướng dẫn công tác kiểm soát nhiễm khuẩn: vệ sinh tay, phân loại rác thải đúng quy định.					
3	Hướng dẫn sử dụng các trang thiết bị trong phòng bệnh: Giường, gọi nhân viên y tế, sử dụng nhà vệ sinh...					
4	Phổ biến các dịch vụ hiện có tại khoa: giường bệnh dịch vụ, các kỹ thuật mới trong công tác điều trị và chăm sóc...					
5	Hướng dẫn chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh và trước phẫu thuật					

Thời điểm tư vấn: Ngày...../...../20.....

Người thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)

Chữ ký người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

II. Tư vấn, hướng dẫn trong khi vào viện

TT	Nội dung	Nhu cầu hướng dẫn		Kết quả hướng dẫn		
		Có	Không	HDTh	HDTh	HTHD
1	Giải thích các kỹ thuật, thủ thuật trước, trong và sau khi thực hiện trên người bệnh liên quan đến công tác chăm sóc.					
2	Hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn và hiệu quả.					
3	Hướng dẫn tự phát hiện và theo dõi các triệu chứng khác thường					
4	Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng theo bệnh lý, tương tác giữa thực phẩm và thuốc (nếu có).					

TT	Nội dung	Nhu cầu hướng dẫn		Kết quả hướng dẫn		
		Có	Không	HDTh	HDTh	HTHD
5	Hướng dẫn các vấn đề an toàn người bệnh: Đề phòng té ngã, loét do tì đè.					
6	Hướng dẫn chế độ vận động theo bệnh lý, nghỉ ngơi hợp lý.					
7	Hướng dẫn chăm sóc vệ sinh cá nhân.					
8	Tìm hiểu nhu cầu và hỗ trợ người bệnh “Giai đoạn cuối” về thể chất - tinh thần.					

Thời điểm tư vấn: Ngày...../...../20.....

Người thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)

Chữ ký người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

III. Tư vấn, hướng dẫn trước khi ra viện

TT	Nội dung	Nhu cầu hướng dẫn		Kết quả hướng dẫn		
		Có	Không	HDTh	HDTh	HTHD
	C. Ngay trước khi xuất viện:					
1	Chăm sóc tại nhà sau khi xuất viện					
2	Điều trị và dùng thuốc					
3	Thời gian và nơi thực hiện việc theo dõi chăm sóc					
4	Khi nào phải liên hệ với bác sỹ					
5	Khi nào cần phải đi khám, chăm sóc khẩn cấp					

Thời điểm tư vấn: Ngày...../...../20.....

Chú thích:

HDTh: Đã được hướng dẫn nhưng cần hướng dẫn thêm

HTHD: Hoàn thành hướng dẫn (Không cần hướng dẫn thêm).

Người thực hiện
(Ký, ghi rõ họ tên)

Chữ ký người bệnh/thân nhân
(Ký, ghi rõ họ tên)

Sở Y tế Đắk Lắk
Trung tâm Y tế Ea Kar
Khoa:

PHIẾU ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG

(Dùng cho người bệnh ≥ 18 tuổi, không mang thai)

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/Nữ
Chẩn đoán:
Cân nặng vào viện: kg Chiều cao: cm Chỉ số khối cơ thể (BMI):
Cân nặng ra viện: kg

1. Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng:

Yếu tố nguy cơ	Không	Có
BMI < 20.5 kg/m ²	☐	☐
Sụt cân trong 1 tháng qua	☐	☐
Lượng ăn sụt giảm trong tuần qua	☐	☐
Bệnh nặng hạn chế đi lại	☐	☐
Kết luận: nguy cơ suy dinh dưỡng (Khi có ≥ 1 yếu tố nguy cơ)	☐	☐
Chỉ định	☐ Tái sàng lọc sau 1 tuần	☐ Đánh giá tình trạng dinh dưỡng

2. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Chỉ số khối cơ thể (BMI)	≥ 20.5 kg/m ² 18.5-20.4 kg/m ² <18.5 kg/m ²	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Sụt cân	Không sụt cân 5% - 9.9% trong 1 tháng qua $\geq 10\%$ trong 1 tháng qua	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Lượng ăn	Không giảm hoặc giảm nhẹ Giảm $\geq 50\%$ trong tuần qua Giảm $\geq 75\%$ trong tuần qua	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Bệnh lý	Bệnh nhẹ - trung bình Bệnh nặng (đại phẫu, TBMMN, nhiễm trùng nặng, ung thư...) Bệnh rất nặng (chấn thương nặng, chăm sóc tích cực...)	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Kết luận	< 2 điểm ≥ 2 điểm	☐ Bình thường ☐ Suy dinh dưỡng

3. Kế hoạch can thiệp:

Chỉ định chế độ ăn	Mã số:	
Đường nuôi ăn	Đường miệng	☐
	Ống thông	☐
	Tĩnh mạch	☐
Mời hội chẩn dinh dưỡng	Có	☐
	Không	☐
Tái đánh giá	Sau 7 ngày (ở người bệnh không suy dinh dưỡng)	☐
	Sau 3 ngày (ở người bệnh suy dinh dưỡng)	☐

Ngày tháng năm 20.....
BÁC SĨ KHÁM BỆNH

Sở Y tế Đắk Lắk
Trung tâm Y tế Ea Kar
Khoa:

PHIẾU ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG

(Dùng cho người bệnh <18 tuổi)

Họ tên người bệnh:.....Tuổi: Nam/Nữ
Chẩn đoán:
Cân nặng vào viện:..... kg Chiều cao:.....cm Chỉ số khối cơ thể (BMI):.....
Cân nặng ra viện:.....kg

1. Sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng:

Yếu tố nguy cơ	Không	Có
BMI < 20.5 kg/m ²	☐	☐
Sụt cân trong 1 tháng qua	☐	☐
Lượng ăn sụt giảm trong tuần qua	☐	☐
Bệnh nặng hạn chế đi lại	☐	☐
Kết luận: nguy cơ suy dinh dưỡng (Khi có ≥ 1 yếu tố nguy cơ)	☐	☐
Chỉ định	☐ Tái sàng lọc sau 1 tuần	☐ Đánh giá tình trạng dinh dưỡng

2. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Chỉ số khối cơ thể (BMI)	$\geq 20.5 \text{ kg/m}^2$ 18.5-20.4 kg/m ² <18.5 kg/m ²	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Sụt cân	Không sụt cân 5% - 9.9% trong 1 tháng qua ≥ 10% trong 1 tháng qua	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Lượng ăn	Không giảm hoặc giảm nhẹ Giảm ≥ 50% trong tuần qua Giảm ≥ 75% trong tuần qua	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Bệnh lý	Bệnh nhẹ - trung bình Bệnh nặng (đại phẫu, TBMMN, nhiễm trùng nặng, ung thư...) Bệnh rất nặng (chấn thương nặng, chăm sóc tích cực...)	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Kết luận	< 2 điểm ≥ 2 điểm	☐ Bình thường ☐ Suy dinh dưỡng

3. Kế hoạch can thiệp:

Chỉ định chế độ ăn	Mã số:	
Đường nuôi ăn	Đường miệng	☐
	Ống thông	☐
	Tĩnh mạch	☐
Mời hội chẩn dinh dưỡng	Có	☐
	Không	☐
Tái đánh giá	Sau 7 ngày (ở người bệnh không suy dinh dưỡng)	☐
	Sau 3 ngày (ở người bệnh suy dinh dưỡng)	☐

Ngày tháng năm 20.....
BÁC SĨ KHÁM BỆNH

Sở Y tế Đắk Lắk
Trung tâm Y tế Ea Kar
Khoa:

PHIẾU ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG
(Dùng cho trẻ em nằm viện)

- Họ tên bệnh nhi:Tháng tuổi/Tuổi: Nam/Nữ
- Chẩn đoán:
- Cân nặng lúc vào viện:kg Chiều cao:cm Chỉ số khối cơ thể (BMI):.....
- Cân nặng lúc ra viện:kg

1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Cân nặng theo chiều cao/chiều dài <i>hoặc</i> Chỉ số khối cơ thể (BMI)	$> -1 \text{ SD}$ $- 1 \text{ SD đến } > -2 \text{ SD}$ $\leq - 2 \text{ SD}$	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Sụt cân trong 1 tháng qua	Không sụt cân Tăng cân $< 50\%$ so với chuẩn ở trẻ $< 2 \text{ tuổi}$ Tăng cân $< 25\%$ so với chuẩn ở trẻ $< 2 \text{ tuổi}$ Sụt cân 7.5% trọng lượng ở trẻ $\geq 2 \text{ tuổi}$ Sụt cân 10% trọng lượng ở trẻ $\geq 2 \text{ tuổi}$	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Lượng ăn/bú trong 1 tuần qua.	Không giảm hoặc giảm nhẹ Giảm $\geq 50\%$ trong tuần qua Giảm $\geq 75\%$ trong tuần qua	☐ 0 điểm ☐ 1 điểm ☐ 2 điểm
Kết luận	$< 2 \text{ điểm}$ $\geq 2 \text{ điểm}$	☐ Bình thường ☐ Suy dinh dưỡng

2. Kế hoạch can thiệp:

Chỉ định chế độ ăn	Mã số:	
Đường nuôi ăn	Đường miệng Ống thông Tĩnh mạch	☐ ☐ ☐
Mời hội chẩn dinh dưỡng	Có Không	☐ ☐
Tái đánh giá	Sau 7 ngày (ở bệnh nhi không suy dinh dưỡng) Sau 3 ngày (ở bệnh nhi suy dinh dưỡng)	☐ ☐

Ngày.....tháng.....năm 20.....

BÁC SĨ KHÁM BỆNH

5	2	6	0	6
---	---	---	---	---

	NT			
--	----	--	--	--

PHIẾU KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ

Nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, hướng tới sự hài lòng người bệnh, chúng tôi tiến hành khảo sát về mức độ hài lòng của Ông/Bà. Ý kiến của Ông/Bà sẽ giúp bệnh viện từng bước cải tiến chất lượng. Các thông tin sẽ được bảo mật và không ảnh hưởng đến việc điều trị của Ông/Bà. Xin trân trọng cảm ơn!

1. Tên, mã bệnh viện: **TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR**
2. Ngày điền phiếu.....
3. Người phỏng vấn/điền phiếu: a. Người bệnh tự điền (hoặc người nhà)
b. Nhân viên của bệnh viện
c. Bộ Y tế, Sở Y tế hoặc các đoàn giám sát của cơ quan quản lý
d. Tổ chức độc lập
e. Đối tượng khác, ghi rõ...
4. Người trả lời là: a. Người bệnh b. Người nhà
5. Tên khoa nằm điều trị trước ra viện..... 6. Mã khoa (do BV ghi).....

THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH

A1. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ 3. Khác	A2. a. Tuổi b. Hoặc năm sinh.....
A3. Số di động liên hệ:	A4. Số ngày đã nằm viện.... (ghi số ngày)
A5. Ông/Bà có sử dụng thẻ BHYT cho lần điều trị này không? 1. Có 2. Không	
A6. Nơi sinh sống hiện nay: 1. Thành thị 2. Nông thôn 3. Vùng sâu, xa khó khăn	
A7. Phân loại mức sống của gia đình: 1. Nghèo 2. Cận nghèo 3. Khác	
A8 Đây là lần điều trị thứ mấy của Ông/Bà tại bệnh viện? Lần thứ..... (ghi số 1, 2...)	

ĐÁNH GIÁ VIỆC SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ 1 đến 5, tương ứng với mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt cho từng câu hỏi dưới đây. Nếu không sử dụng dịch vụ hoặc không có ý kiến thì đánh dấu gạch chéo vào số 0.

① là: Rất không hài lòng hoặc: Rất kém	② là: Không hài lòng hoặc: Kém	③ là: Bình thường hoặc: Trung bình	④ là: Hài lòng hoặc: Tốt	⑤ là: Rất hài lòng hoặc: Rất tốt	⑥ là: không sử dụng
--	--------------------------------------	--	--------------------------------	--	------------------------

A. Khả năng tiếp cận

A1.	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng và thông báo giờ khám, chữa bệnh, giờ vào thăm rõ ràng, dễ hiểu.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A2.	Các tòa nhà, cầu thang bộ, thang máy, buồng bệnh được đánh số và hướng dẫn rõ ràng, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A3.	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, an toàn, dễ đi.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A4.	Thời gian chờ đợi thang máy, làm thủ tục và chờ đợi trong quá trình khám, chữa bệnh chấp nhận được.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A5.	Người bệnh hỏi và gọi được nhân viên y tế khi cần thiết.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

B. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị		
B1.	Quy trình, thủ tục hành chính (nhập, xuất viện, chuyển viện, chuyển khoa...) rõ ràng, công khai, thuận tiện.	1 2 3 4 5 0
B2.	Giá dịch vụ y tế được niêm yết, thông báo công khai ở vị trí dễ quan sát, dễ đọc, dễ hiểu và được tư vấn, giải thích các chi phí cao nếu có.	1 2 3 4 5 0
B3.	Quy trình, thời gian làm thủ tục thanh toán viện phí khi ra viện rõ ràng, công khai, thuận tiện.	1 2 3 4 5 0
B4.	Được phổ biến về nội quy và những thông tin cần thiết khi nằm viện rõ ràng, đầy đủ.	1 2 3 4 5 0
B5.	Được giải thích về tình trạng bệnh, phương pháp và thời gian dự kiến điều trị rõ ràng, đầy đủ.	1 2 3 4 5 0
B6.	Được giải thích, tư vấn trước khi yêu cầu làm các xét nghiệm, thăm dò, kỹ thuật cao rõ ràng, đầy đủ.	1 2 3 4 5 0
B7.	Được công khai và cập nhật thông tin về dùng thuốc và chi phí điều trị.	1 2 3 4 5 0
C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh		
C1.	Buồng bệnh khang trang, sạch sẽ, có đầy đủ các thiết bị điều chỉnh nhiệt độ phù hợp như quạt, máy sưởi, hoặc điều hòa.	1 2 3 4 5 0
C2.	Buồng bệnh yên tĩnh, bảo đảm an toàn, an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp, yên tâm khi nằm viện.	1 2 3 4 5 0
C3.	Giường bệnh, ga, gối đầy đủ cho mỗi người một giường, chắc chắn, sử dụng tốt.	1 2 3 4 5 0
C4.	Được cung cấp quần áo đầy đủ, sạch sẽ.	1 2 3 4 5 0
C5.	Nhà vệ sinh, nhà tắm thuận tiện, sạch sẽ, sử dụng tốt.	1 2 3 4 5 0
C6.	Được cung cấp đầy đủ nước uống nóng, lạnh ngay tại khoa điều trị.	1 2 3 4 5 0
C7.	Người bệnh và người nhà người bệnh truy cập được mạng internet không dây (wifi) ngay tại buồng bệnh.	1 2 3 4 5 0
C8.	Được bảo đảm sự riêng tư khi nằm viện như thay quần áo, khám bệnh, đi vệ sinh tại giường... có rèm che, vách ngăn hoặc nằm riêng.	1 2 3 4 5 0
C9.	Căng-tin bệnh viện phục vụ ăn uống và nhu cầu sinh hoạt thiết yếu đầy đủ và chất lượng.	1 2 3 4 5 0
C10.	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	1 2 3 4 5 0
C11.	Được cung cấp phương tiện vận chuyển nội viện như xe lăn, cáng, xe điện đầy đủ, kịp thời, sử dụng tốt khi có nhu cầu.	1 2 3 4 5 0
D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế		
D1.	Bác sỹ, điều dưỡng có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	1 2 3 4 5 0
D2.	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	1 2 3 4 5 0
D3.	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	1 2 3 4 5 0
D4.	Bác sỹ, điều dưỡng hợp tác tốt và xử lý công việc thành thạo, kịp thời.	1 2 3 4 5 0
D5.	Được bác sỹ thăm khám, động viên tại phòng điều trị.	1 2 3 4 5 0
D6.	Được tư vấn chế độ ăn, vận động, theo dõi và phòng ngừa biến chứng.	1 2 3 4 5 0
D7.	Không bị nhân viên y tế gọi ý bồi dưỡng.	1 2 3 4 5 0

E. Kết quả cung cấp dịch vụ			
E1.	Thời gian chờ đợi khi khám, chữa bệnh tại bệnh viện.		(1) (2) (3) (4) (5) (0)
E2.	Được cấp phát cho dùng thuốc đúng giờ, hướng dẫn sử dụng thuốc đầy đủ và các tác dụng phụ nếu có.		(1) (2) (3) (4) (5) (0)
E3.	Được nhắc lịch tái khám và hướng dẫn thực hành ăn uống, luyện tập, chăm sóc tại nhà trước khi ra viện.		(1) (2) (3) (4) (5) (0)
E4.	Trang thiết bị, vật tư y tế đầy đủ, hiện đại, đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh.		(1) (2) (3) (4) (5) (0)
E5.	Kết quả điều trị đáp ứng được nguyện vọng.		(1) (2) (3) (4) (5) (0)
E6.	Ông/Bà đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.		(1) (2) (3) (4) (5) (0)
E7.	Ông/Bà cho nhận xét về số tiền chi trả có tương xứng với chất lượng dịch vụ y tế không?	1. Rất đắt so với chất lượng 2. Đắt hơn so với chất lượng 3. Tương xứng so với chất lượng 4. Rẻ hơn so với chất lượng 5. Không tự chi trả nên không biết (do BHYT hoặc người khác thanh toán) 6. Ý kiến khác, ghi rõ.....	
G	Thông tin bổ sung		
G1	Đánh giá chung, bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi của Ông/Bà trước khi nằm viện? (điền số từ 0% đến 100% hoặc có thể điền trên 100% nếu bệnh viện điều trị tốt, vượt quá mong đợi của Ông/Bà)	%	
G2	Nếu có nhu cầu khám, chữa bệnh, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?	1. Chắc chắn không bao giờ quay lại 2. Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác 3. Muốn chuyển sang bệnh viện khác 4. Có thể sẽ quay lại 5. Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác 6. Khác (ghi rõ).....	
H1	Đối với các câu hỏi có ý kiến chưa hài lòng, đề nghị Ông/Bà ghi rõ thêm lý do tại sao không hài lòng?		
H2	Ông/Bà có ý kiến hoặc nhận xét gì khác giúp bệnh viện và hệ thống khám, chữa bệnh phục vụ người bệnh được tốt hơn, xin ghi rõ?		

Xin trân trọng cảm ơn ông/bà!

BỘ Y TẾ
MẪU SỐ 2

5	2	6	0	6
---	---	---	---	---

	NG.T			
--	------	--	--	--

PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ

Nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, hướng tới sự hài lòng người bệnh, chúng tôi tiến hành khảo sát về mức độ hài lòng của Ông/Bà. Ý kiến của Ông/Bà sẽ giúp bệnh viện từng bước cải tiến chất lượng. Các thông tin sẽ được bảo mật và không ảnh hưởng đến việc điều trị của Ông/Bà. Xin trân trọng cảm ơn!

1. Tên, mã bệnh viện: **TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR** 2. Ngày điền phiếu.....
3. Người phỏng vấn/điền phiếu: a. Người bệnh tự điền (hoặc người nhà)
b. Nhân viên của bệnh viện
c. Bộ Y tế, Sở Y tế hoặc các đoàn giám sát của cơ quan quản lý
d. Tổ chức độc lập
e. Đối tượng khác, ghi rõ...
4. Người trả lời là: a. Người bệnh b. Người nhà

THÔNG TIN NGƯỜI BỆNH

A1. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ 3. Khác	A2. a. Tuổi b. Hoặc năm sinh.....
A3. Số di động liên hệ:	A4. Ước tính khoảng cách từ nơi sinh sống đến bệnh viện km
A5. Ông/Bà có sử dụng thẻ BHYT cho lần khám này không? 1. Có 2. Không	
A6. Nơi sinh sống hiện nay: 1. Thành thị 2. Nông thôn 3. Vùng sâu, xa khó khăn	
A7. Phân loại mức sống của gia đình: 1. Nghèo 2. Cận nghèo 3. Khác	
A8. Đây là lần khám thứ mấy của Ông/Bà tại bệnh viện? Lần thứ..... (ghi số 1, 2...)	

ĐÁNH GIÁ VIỆC SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ

Ông/Bà đánh dấu gạch chéo vào một số từ **1 đến 5**, tương ứng với **mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt** cho từng câu hỏi dưới đây. Nếu không sử dụng dịch vụ hoặc không có ý kiến thì đánh dấu **gạch chéo vào số 0**.

① là: Rất không hài lòng hoặc: Rất kém	② là: Không hài lòng hoặc: Kém	③ là: Bình thường hoặc: Trung bình	④ là: Hài lòng hoặc: Tốt	⑤ là: Rất hài lòng hoặc: Rất tốt	⑥ là: không sử dụng
--	--------------------------------------	--	--------------------------------	--	------------------------

A. Khả năng tiếp cận		
A1.	Các biển báo, chỉ dẫn đường đến bệnh viện rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A2.	Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A3.	Các khối nhà, cầu thang được đánh số rõ ràng, dễ tìm.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A4.	Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
A5.	Có thể tìm hiểu các thông tin và đăng ký khám qua điện thoại, trang tin điện tử của bệnh viện (website) thuận tiện.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

B. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị		
B1.	Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu.	1 2 3 4 5 0
B2.	Các quy trình, thủ tục khám bệnh đơn giản, thuận tiện.	1 2 3 4 5 0
B3.	Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai.	1 2 3 4 5 0
B4.	Nhân viên y tế tiếp đón, hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục niêm nờ, tận tình.	1 2 3 4 5 0
B5.	Được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp.	1 2 3 4 5 0
B6.	Đánh giá thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám.	1 2 3 4 5 0
B7.	Đánh giá thời gian chờ tới lượt bác sỹ khám.	1 2 3 4 5 0
B8.	Đánh giá thời gian được bác sỹ khám và tư vấn.	1 2 3 4 5 0
B9.	Đánh giá thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp.	1 2 3 4 5 0
B10.	Đánh giá thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp.	1 2 3 4 5 0
C. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh		
C1.	Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông.	1 2 3 4 5 0
C2.	Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho người bệnh và sử dụng tốt.	1 2 3 4 5 0
C3.	Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên.	1 2 3 4 5 0
C4.	Phòng chờ có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...	1 2 3 4 5 0
C5.	Được bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật.	1 2 3 4 5 0
C6.	Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ.	1 2 3 4 5 0
C7.	Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp.	1 2 3 4 5 0
C8.	Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân.	1 2 3 4 5 0
D. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế		
D1.	Nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	1 2 3 4 5 0
D2.	Nhân viên phục vụ (hộ lý, bảo vệ, kế toán...) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực.	1 2 3 4 5 0
D3.	Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ.	1 2 3 4 5 0
D4.	Năng lực chuyên môn của bác sỹ, điều dưỡng đáp ứng mong đợi.	1 2 3 4 5 0
E. Kết quả cung cấp dịch vụ		
E1.	Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng của Ông/Bà.	1 2 3 4 5 0
E2.	Các hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc.	1 2 3 4 5 0
E3.	Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế.	1 2 3 4 5 0
E4.	Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế.	1 2 3 4 5 0

E5.	Ông/Bà cho nhận xét về số tiền chi trả có tương xứng với chất lượng dịch vụ y tế không?	1. Rất đắt so với chất lượng 2. Đắt hơn so với chất lượng 3. Tương xứng so với chất lượng 4. Rẻ hơn so với chất lượng 5. Không tự chi trả nên không biết (do BHYT hoặc người khác thanh toán) 6. Ý kiến khác, ghi rõ.....
G	Thông tin bổ sung	
G1	Đánh giá chung, bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi của Ông/Bà trước khi đi khám bệnh? <i>(điền số từ 0% đến 100% hoặc có thể điền trên 100% nếu vượt quá mong đợi của Ông/Bà)</i>	%
G2	Nếu có nhu cầu khám, chữa bệnh, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?	1. Chắc chắn không bao giờ quay lại 2. Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác 3. Muốn chuyển sang bệnh viện khác 4. Có thể sẽ quay lại 5. Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác 6. Khác (ghi rõ).....
H1	Đối với các câu hỏi có ý kiến chưa hài lòng, đề nghị Ông/Bà ghi rõ thêm lý do tại sao không hài lòng?	
H2	Ông/Bà có ý kiến hoặc nhận xét gì khác giúp bệnh viện và hệ thống khám, chữa bệnh phục vụ người bệnh được tốt hơn, xin ghi rõ?	

Xin trân trọng cảm ơn!

**BỘ Y TẾ
MẪU SỐ 4**

5	2	6	0	6
---	---	---	---	---

	NV			
--	----	--	--	--

PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ

Nhằm mục tiêu nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh và cải tiến môi trường làm việc của nhân viên y tế, Bộ Y tế và bệnh viện tổ chức khảo sát để tìm hiểu ý kiến, nguyện vọng của nhân viên y tế. Bộ Y tế bảo đảm giữ bí mật thông tin. Rất mong Quý đồng nghiệp trả lời đầy đủ, khách quan, chính xác. Xin trân trọng cảm ơn!

1. Tên bệnh viện: **TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR**; 2. Ngày điền phiếu:

THÔNG TIN NGƯỜI ĐIỀN PHIẾU

A1.	Giới tính:	1. Nam	2. Nữ	A2.	Tuổi:.....
A3.	Chuyên môn đào tạo chính:	1. Bác sỹ 2. Dược sỹ 3. Điều dưỡng, hộ sinh 4. Kỹ thuật viên 5. Khác (ghi rõ)...			
A4.	Bằng cấp cao nhất của Ông/Bà:	1. Trung cấp 2. Cao đẳng 3. Đại học 4. Cao học, CKI 5. Tiến sỹ, CKII 6. Khác (ghi rõ)...			
A5.	Số năm công tác trong ngành Y:				
A6.	Số năm công tác tại bệnh viện hiện nay:				
A7.	Vị trí công tác hiện tại:	1. Lãnh đạo bệnh viện 2. Trưởng khoa/phòng/ trung tâm 3. Phó khoa/phòng 4. NV biên chế/hợp đồng dài hạn 5. Hợp đồng ngắn hạn 6. Khác (ghi rõ)....			
A8.	Phạm vi hoạt động chuyên môn:	1. Khối hành chính 2. Cận lâm sàng 3. Nội 4. Ngoại 5. Sản 6. Nhi 7. Truyền nhiễm 8. Chuyên khoa lẻ (mắt, TMH, RHM...) 9. Các khoa không trực tiếp KCB 10. Dược 11. Dự phòng 12. Khác (ghi rõ)...			
A9.	Anh/Chị có được phân công kiêm nhiệm nhiều công việc không?	1. Không kiêm nhiệm 2. Kiêm nhiệm 2 công việc 3. Kiêm nhiệm từ 3 công việc trở lên			
A10.	Trung bình Anh/Chị trực mấy lần trong một tháng?lần				

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG VỀ BỆNH VIỆN

Quý đồng nghiệp đánh dấu gạch chéo vào một số từ **1 đến 5**, tương ứng với **mức độ hài lòng hoặc nhận xét từ rất kém đến rất tốt** cho từng câu hỏi dưới đây:

① là: Rất không hài hoặc: Rất kém	② là: Không hài lòng hoặc: Kém	③ là: Bình thường hoặc: Trung bình	④ là: Hài lòng hoặc: Tốt	⑤ là: Rất hài lòng hoặc: Rất tốt
---	--------------------------------------	--	--------------------------------	--

A. Sự hài lòng về môi trường làm việc

A1.	Phòng làm việc khang trang, sạch sẽ, thoáng mát.	①②③④⑤
-----	--	-------

A2.	Trang thiết bị văn phòng, bàn ghế làm việc... đầy đủ, các thiết bị cũ, lạc hậu được thay thế kịp thời.	①②③④⑤
A3.	Có bố trí phòng trực cho NVYT.	①②③④⑤
A4.	Phân chia thời gian trực và làm việc ngoài giờ hành chính hợp lý.	①②③④⑤
A5.	Các trang bị bảo hộ cho NVYT (quần áo, khẩu trang, găng tay...) đầy đủ, không bị cũ, nhàu nát, không bị hạn chế sử dụng.	①②③④⑤
A6.	Môi trường học tập tạo điều kiện cho NVYT cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ: thư viện, phòng đọc, tra cứu thông tin, truy cập internet...	①②③④⑤
A7.	Môi trường làm việc bảo đảm an toàn cho NVYT.	①②③④⑤
A8.	Bệnh viện bảo đảm an ninh, trật tự cho NVYT làm việc.	①②③④⑤
A9.	Người bệnh và người nhà có thái độ tôn trọng, hợp tác với NVYT trong quá trình điều trị.	①②③④⑤
B. Sự hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp		
B1.	Lãnh đạo có năng lực xử lý, điều hành, giải quyết công việc hiệu quả.	①②③④⑤
B2.	Lãnh đạo phân công công việc phù hợp với chuyên môn đào tạo của nhân viên.	①②③④⑤
B3.	Lãnh đạo quan tâm, tôn trọng, đối xử bình đẳng với các NVYT.	①②③④⑤
B4.	Lãnh đạo lắng nghe và tiếp thu ý kiến đóng góp NVYT.	①②③④⑤
B5.	Lãnh đạo động viên, khích lệ nhân viên khi hoàn thành tốt nhiệm vụ, có tiến bộ trong công việc.	①②③④⑤
B6.	Đồng nghiệp có ý thức hợp tác để hoàn thành nhiệm vụ chung.	①②③④⑤
B7.	Môi trường làm việc thân thiện, đoàn kết.	①②③④⑤
B8.	Đồng nghiệp chia sẻ kinh nghiệm, giúp đỡ nhau trong công việc.	①②③④⑤
B9.	Đồng nghiệp quan tâm, giúp đỡ nhau trong cuộc sống.	①②③④⑤
C. Sự hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi		
C1.	Các quy định, quy chế làm việc nội bộ của bệnh viện rõ ràng, thực tế và công khai.	①②③④⑤
C2.	Môi trường làm việc tại khoa/phòng và bệnh viện dân chủ.	①②③④⑤
C3.	Quy chế chi tiêu nội bộ công bằng, hợp lý, công khai.	①②③④⑤
C4.	Việc phân phối quỹ phúc lợi công bằng, công khai.	①②③④⑤
C5.	Mức lương tương xứng so với năng lực và cống hiến.	①②③④⑤
C6.	Chế độ phụ cấp nghề và độc hại xứng đáng so với cống hiến.	①②③④⑤
C7.	Thưởng và thu nhập tăng thêm ABC xứng đáng so với cống hiến.	①②③④⑤

C8.	Cách phân chia thu nhập tăng thêm công bằng, khuyến khích nhân viên làm việc tích cực.	① ② ③ ④ ⑤
C9.	Bảo đảm đóng BHXH, BHYT, khám sức khỏe định kỳ và các hình thức hỗ trợ ốm đau, thai sản đầy đủ.	① ② ③ ④ ⑤
C10.	Tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng đầy đủ.	① ② ③ ④ ⑤
C11.	Có phong trào thể thao, văn nghệ tích cực.	① ② ③ ④ ⑤
C12.	Công đoàn bệnh viện hoạt động tích cực.	① ② ③ ④ ⑤
D. Sự hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến		
D1.	Khối lượng công việc được giao phù hợp.	① ② ③ ④ ⑤
D2.	Công việc chuyên môn đáp ứng nguyện vọng bản thân.	① ② ③ ④ ⑤
D3.	Bệnh viện tạo điều kiện cho NVYT nâng cao trình độ chuyên môn.	① ② ③ ④ ⑤
D4.	Bệnh viện tạo điều kiện cho NVYT học tiếp các bậc cao hơn.	① ② ③ ④ ⑤
D5.	Công khai các tiêu chuẩn cho các chức danh lãnh đạo.	① ② ③ ④ ⑤
D6.	Bổ nhiệm các chức danh lãnh đạo dân chủ, công bằng.	① ② ③ ④ ⑤
D7.	Có cơ hội thăng tiến khi nỗ lực làm việc.	① ② ③ ④ ⑤
E. Sự hài lòng chung về bệnh viện		
E1.	Cảm thấy tự hào khi được làm việc tại bệnh viện.	① ② ③ ④ ⑤
E2.	Đạt được những thành công cá nhân khi làm việc tại bệnh viện.	① ② ③ ④ ⑤
E3.	Tin tưởng vào sự phát triển của bệnh viện trong tương lai.	① ② ③ ④ ⑤
E4.	Sẽ gắn bó làm việc tại khoa, phòng hiện tại lâu dài.	① ② ③ ④ ⑤
E5.	Sẽ gắn bó làm việc tại bệnh viện lâu dài.	① ② ③ ④ ⑤
E6.	Mức độ hài lòng nói chung về lãnh đạo bệnh viện.	① ② ③ ④ ⑤
E7.	Tự đánh giá về mức độ hoàn thành công việc tại bệnh viện.	① ② ③ ④ ⑤

G. Anh/Chị có ý kiến hoặc đề xuất nào khác với Bộ Y tế và lãnh đạo bệnh viện?

.....

.....

.....

Xin chân thành cảm ơn sự nhiệt tình cung cấp thông tin của Quý đồng nghiệp!

Ea Kar, ngày.....tháng..... năm 20.....

Họ và tên bệnh nhân:Năm sinh:

Khoa.....Mã bệnh án:.....

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

1. Đầy đủ dữ liệu ☐
2. Không đầy đủ dữ liệu ☐
3. Quản lý người bệnh: Ghi đầy đủ ☐ Ghi không đầy đủ ☐
4. Giấy giới thiệu chuyển viện: Có ☐ Không ☐
5. Biên bản tai nạn giao thông: Có ☐ Không ☐
6. Biên bản tai nạn lao động: Có ☐ Không ☐
7. Các thiếu sót:

II. PHẦN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Lý do vào viện: Ghi đầy đủ ☐ Ghi không đầy đủ ☐ Ghi tắt ☐
2. Phần hỏi bệnh: Ghi đầy đủ ☐ Ghi không đầy đủ ☐ Ghi tắt ☐
3. Phần khám bệnh: Ghi đầy đủ ☐ Ghi không đầy đủ ☐ Ghi tắt ☐
4. Đủ chẩn đoán: Vào viện: ☐ Ra viện: ☐
5. Điều trị: Ghi đủ: Ngày giờ ☐ Diễn biến bệnh ☐ Chẩn đoán ☐
6. Trích biên bản hội chẩn: Có ☐ Không ☐
7. Chế độ ăn điều trị: Có ☐ Không ☐
8. Tóm tắt bệnh án trước mổ: Có ☐ Không ☐
9. Sơ kết bệnh án sau 15 ngày điều trị: Có ☐ Không ☐
10. Tổng kết bệnh án: Ghi đầy đủ ☐ Ghi không đầy đủ ☐
11. Đủ xét nghiệm: Huyết học ☐ Sinh hóa ☐ Vi sinh ☐ Miễn dịch ☐
(cần thiết cho chẩn đoán) CDHA ☐ Thăm dò chức năng ☐
12. Truyền máu: Có ☐ Không ☐
13. Tiêm phòng:
SAT, VAT: Có ☐ Không ☐; VGB: Có ☐ Không ☐; VTM K1: Có ☐ Không ☐
14. Phiếu gây mê: Có ☐ Không ☐
15. Phiếu phẫu thuật - Thủ thuật: Có ☐ Không ☐
16. Các thiếu sót:

III. PHẦN CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

1. Phiếu theo dõi chức năng sống: Ghi đầy đủ ☐ Ghi tắt ☐ Không ghi ☐
2. Phiếu chăm sóc: Ghi đủ: Ngày giờ ☐ Diễn biến bệnh ☐ Thực hiện y lệnh ☐
3. Phiếu truyền dịch: Có ☐ Không ☐ Ghi đầy đủ ☐ Không ghi đầy đủ ☐
4. Phiếu truyền máu: Có ☐ Không ☐ Ghi đầy đủ ☐ Không ghi đầy đủ ☐
5. Phiếu công khai thuốc: Ghi đầy đủ ☐ Không ghi ☐ Chữ ký và tên BN, người nhà ☐
6. Giấy cam đoan: Có ☐ Không ☐
7. Biểu đồ chuyển dạ: Có ☐ Không ☐
8. Phiếu chuẩn bị người bệnh trước mổ của Điều dưỡng: Có ☐ Không ☐
9. Bảng kiểm gạc, dụng cụ trước, trong, sau mổ: Có ☐ Không ☐
Ghi đầy đủ ☐ Ghi không đầy đủ ☐
10. Hồ sơ phim ảnh: Có ☐ Không ☐
11. Các thiếu sót:

Trưởng Khoa
(Ký ghi rõ họ tên)

Người kiểm tra hồ sơ bệnh án của khoa
(Ký ghi rõ họ tên)

SỞ Y TẾ ĐẮK LẮK
TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR

SỔ HỌP GIAO BAN

KHOA:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....
- Hết sổ, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

HƯỚNG DẪN HỌP 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 kí (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 viện 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, xử lí...

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

1. Số tử vong nếu có: (tóm tắt diễn biến và xử lí):
2. Số chuyển viện, lí do:
3. Số ra viện, lí 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 lí 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, hoá 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

GIAO BAN ngàytháng.....năm.....

- Trục lãnh đạo:
- Trục Bác sỹ:
- Trục điều dưỡng (HS):
- Trục hộ lý:

① Tình hình bệnh nhân

BN cũ	BN mới	Ra viện	Chuyển viện	Tử vong	Hiện có	BN mới trong đó			
						BHYT	TE<6T	TVP	Khác

1) Số người bệnh tử vong (Nếu có ghi tóm tắt diễn biến từng người bệnh)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Số người bệnh chuyển viện (Nếu có ghi tóm tắt diễn biến từng người bệnh)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) Số người bệnh vào viện trong phiên trực (Ghi diễn biến (ưu tiên) những người bị bệnh nặng trước)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5) Diễn biến bất thường của người bệnh nội trú và người bệnh chăm sóc cấp I

6) Ý kiến đề xuất:

7) Kết luận:

Chủ tọa

SỞ Y TẾ ĐẮK LẮK

SỔ SINH HOẠT HỘI ĐỒNG NGƯỜI BỆNH

TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR

KHOA:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....
- Hết sổ, nộp lưu trữ ngày:/...../.....

SINH HOẠT HỘI ĐỒNG NGƯỜI BỆNH ngày/...../.....

A. HÀNH CHÍNH

- Chủ tọa: (theo quy chế)
- Thư kí:
- Số lượng, thành phần người dự họp:
- Đại diện bệnh viện:

B. NỘI DUNG:

1. Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa tóm tắt tình hình ưu khuyết điểm:

a. Bệnh viện:

- Công tác chuyên môn chăm sóc người bệnh.
- Công tác chăm sóc, ăn, uống theo bệnh lí.
- Đảm bảo dụng cụ sinh hoạt cho người bệnh.

b. Người bệnh:

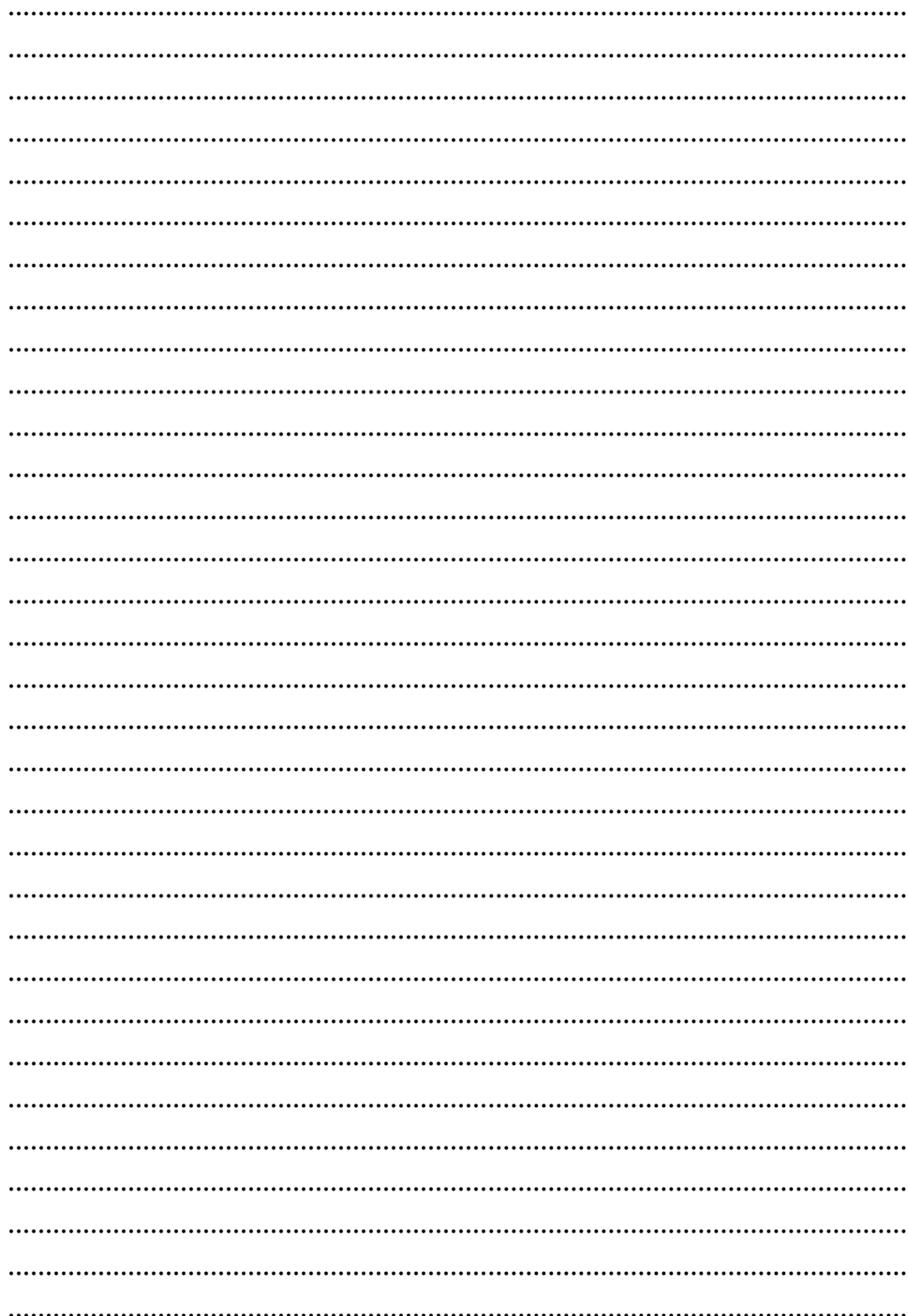
- Tin tưởng, an tâm điều trị, chấp hành mệnh lệnh điều trị.
- Giữ gìn, bảo quản tài sản được sử dụng.
- Giữ gìn trật tự vệ sinh buồng bệnh.
- Những trường hợp cá biệt cần góp ý.
- ...

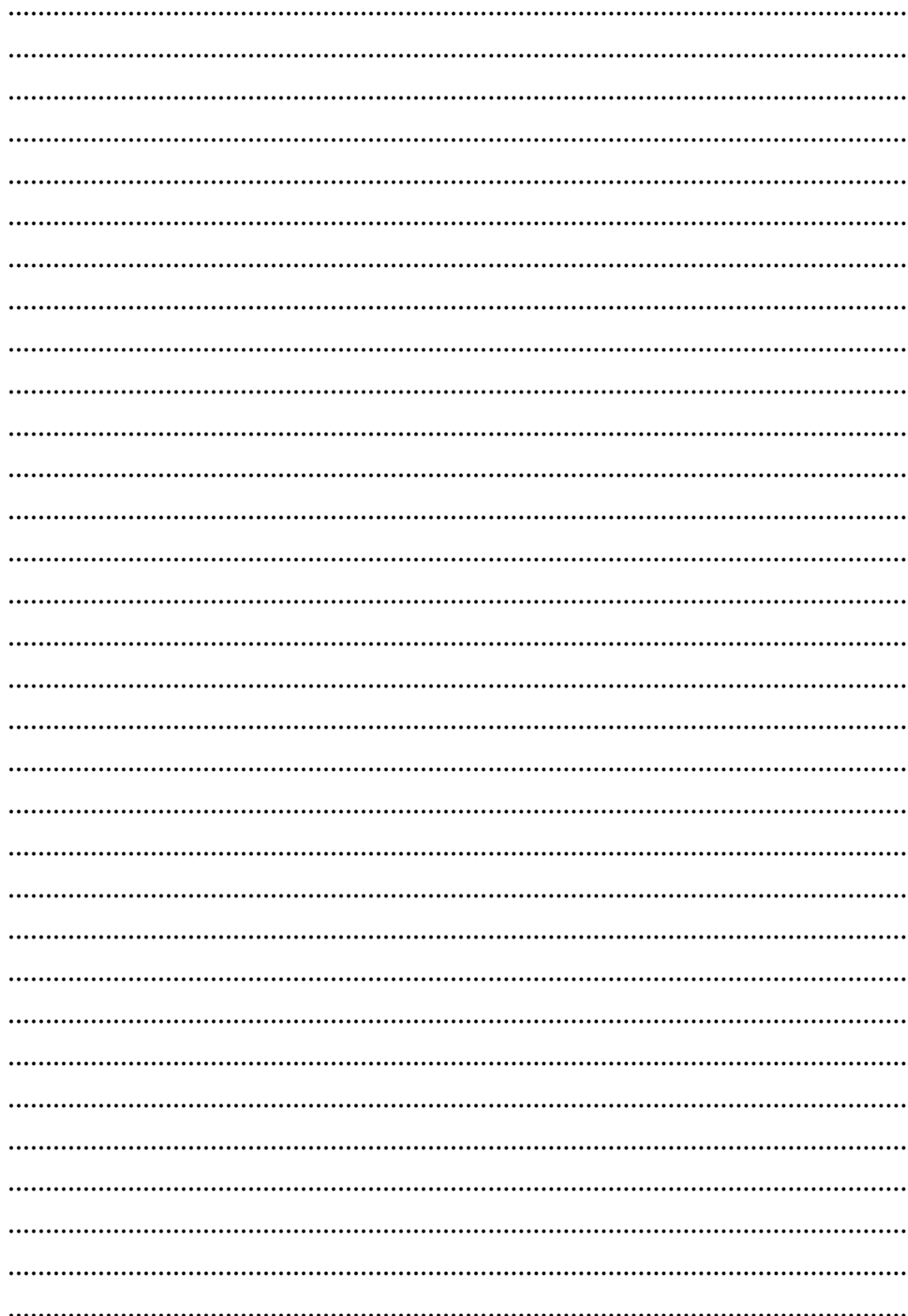
2. Thảo luận bổ sung của Hội đồng:

3. Kết luận

4. Phổ biến: chủ trương mới...

5. Ý kiến tiếp thu của bệnh viện sau mỗi lần góp ý của người bệnh, trưởng khoa, y tá (điều dưỡng) trưởng khoa hoặc giám đốc bệnh viện có ý kiến tiếp thu, giải quyết hoặc giải thích rõ, ghi dưới mỗi lần họp của Hội đồng người bệnh, không trễ quá 7 ngày sau khi có góp ý.





SỞ Y TẾ ĐẮK LẮK
TRUNG TÂM Y TẾ EA KAR

SỔ KIỂM TRA

KHOA:

- Bắt đầu sử dụng ngày:/...../.....

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

BIÊN BẢN KIỂM TRA tháng năm

Thường quy ☐ Đột xuất ☐

Ngày tháng năm

- Đoàn kiểm tra:

.....

.....

- Nội dung kiểm tra:

.....

.....

.....

.....

- Nhận xét và đề nghị:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

T/M ĐOÀN KIỂM TRA

TRƯỞNG KHOA

Họ tên

Họ tên

BIÊN BẢN KIỂM TRA tháng năm

Thường quy

☐

Đột xuất

☐

Ngày tháng năm

- Đoàn kiểm tra:

.....

.....

- Nội dung kiểm tra:

.....

.....

.....

.....

- Nhận xét và đề nghị:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

T/M ĐOÀN KIỂM TRA

TRƯỞNG KHOA

Họ tên

Họ tên

BIÊN BẢN KIỂM TRA tháng năm

1

Ngày tháng năm

- Đoàn kiểm tra:

- Nội dung kiểm tra:

- Nhân xét và đề nghị:

T/M ĐOÀN KIỂM TRA

TRƯỞNG KHOA

Họ tên

Họ tên