

BIỂU MẪU 10: QUAN SÁT LÂM SÀNG

Mã tỉnh: Huyện: Mã CSYT: Mã BHYT

Tỉnh:..... Huyện:..... Tên CSYT: Tên ĐTV:.....

Ngày phỏng vấn: .../.../ 2015	Thời gian (Tính từ lần bệnh nhân RA – VÀO phòng khám)	Bắt đầu 1 (hh:mm) 2 3	Kết thúc 1 (hh:mm) 2 3
---	--	--	---

I. THÔNG TIN CƠ BẢN (Khoanh tròn vào số tương ứng)

1. Bệnh nhân	Mới..... 1 Khám lại..... 2 Không rõ.... 3	2. Tuổi	Trẻ em dưới 6 tuổi..... 1 TE/Thanh niên (6-18)... 2 Trưởng thành (19-45)... 3 Cao tuổi (>45)..... 4	3. Giới	Nam..... 1 Nữ..... 2
---------------------	---	----------------	--	----------------	-------------------------

II. BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG (Tích dấu X nếu quan sát hoặc nghe được)

1. Sốt	2. Ho	3. Cảm lạnh	4. Tiêu chảy	5. Đau	6. Vị trí đau	7. Yếu/Mệt	8. Triệu chứng khác	9. Số ngày
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 2. Không rõ

III. Số câu hỏi về bệnh sử	Sốt	Nôn	Phân	Đếm số câu hỏi của bác sĩ với bệnh nhân	Đờm	Sốt	Đau ngực	Tổng số câu hỏi
	Tiêu chảy			Ho/sốt/cảm lạnh				

IV. Khám lâm sàng:	Có.....1 Không.....2
---------------------------	----------------------

V. Hình thức khám lâm sàng (1=Có; 2=Không; 3= Không rõ) Khoanh tròn vào số tương ứng

1. Ống nghe	2. Máy đo huyết áp	3. Kiểm tra mắt		4. Sờ nắn	5. Bắt mạch	6. Khác
		3a. Bằng tay	3b. Nhiệt kế			
1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3

VI. THÔNG TIN VỀ CHỈ ĐỊNH CỦA BÁC SĨ

1. Tên thuốc, hàm lượng		Dạng bào chế 1. Viên 2. Ống 3. Gói 4. Lọ 5. Khác:	2. Liều dùng			3. Tiêm (Đánh dấu X nếu có)			4. Truyền dịch (Đánh dấu X nếu có)		
			Số lượng (theo đơn vị đóng gói nhất)	Số lần/ ngày	Số ngày	BS chỉ định	BN đề nghị	Vô trùng	BS chỉ định	BN đề nghị	Vô trùng
1.....						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.....											
3.....						5. Chỉ định khác (nếu có) 1..... 2..... 3.....					
4.....											
5.....											
6.....											
6. Xét nghiệm		7. Điều trị tại chỗ		8. Cung cấp tài liệu hướng dẫn (có thể viết tay)		9. Tư vấn		10. Hẹn tái khám (lần tiếp theo/nếu có bất thường)		11. Nhập viện/khám CK /chuyên tuyến	
Có 1 Không 2	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2	Có 1 Không 2		

VII. TỔNG CHI PHÍ KHÁM CHỦ A BỆNH

(Nhập 0 nếu không phải trả tiền KCB)

Số tiền:(đồng)

MÃ BỆNH NHÂN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------