

Số : 3443/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 22 tháng 9 năm 2011

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành bổ sung mẫu hồ sơ bệnh án
và một số biểu mẫu hồ sơ chuyên khoa mắt**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Mẫu hồ sơ bệnh án dùng trong bệnh viện;

Xét Biên bản họp của Hội đồng chuyên môn sửa đổi, bổ sung “Mẫu hồ sơ bệnh án chuyên khoa mắt” ngày 23 tháng 11 năm 2010;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “06 mẫu hồ sơ bệnh án, 11 mẫu phiếu phẫu thuật, 01 mẫu phiếu gây mê hồi sức chuyên khoa mắt” để bổ sung vào hồ sơ bệnh án chuyên khoa mắt tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 10 năm 2011.

Điều 3. Các Ông, Bà: Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Vụ trưởng các Vụ, Cục trưởng các Cục thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Bệnh viện Mắt Trung ương, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng y tế các ngành và các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3,
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, KCB (2).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG**

Nguyễn Thị Xuyên

SỐ Y TẾ:.....

Số bệnh án:

BỆNH VIỆN:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT SỤP MI- Họ, tên người bệnh :..... Tuổi: Nam Nữ

- Ngày vào viện :...../...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật:.....giờ, ngày...../...../20.....

- Chẩn đoán trước phẫu thuật:

- Cách thức phẫu thuật: MP MT

- Phẫu thuật viên chính.....Phẫu thuật viên phụ.....

- Bác sỹ gây mê:

MÔ TẢ PHẪU THUẬT- Phương pháp vô cảm: Mê Tê tại mắt Loại thuốc tê :.....ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
I. Rút ngắn cơ nâng mi trên	I. Mắt phải <input type="checkbox"/> Mắt trái <input type="checkbox"/> Cố định mi..... - Rạch ra mi trên cách bờ tự do.....mm - Cắt vạt da hình vòng cung kích thước .....mm. - Bộc lộ cơ nâng mi trên, rút ngắn cơ.....mm - Khâu cơ nâng mi đã rút vào sụn mi trên chỉ vicryl <input type="checkbox"/>/0 - Cắt máu cơ thừa, cầm máu - Khâu da mi tạo hai mí : Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Loại chỉ:..... - Tra mắt kháng sinh: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> - Băng mắt: Băng che <input type="checkbox"/> Băng ép <input type="checkbox"/> Không băng <input type="checkbox"/>
2. Treo cơ trán	II. Mắt phải <input type="checkbox"/> Mắt trái <input type="checkbox"/> Cố định mi..... - Rạch da mi trên cách bờ tự do .....mm : Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> - Rạch da trên cung mày hai đường 1 mm <input type="checkbox"/> - Rạch da giữa cung mày 1 mm <input type="checkbox"/> - Qua các điểm trên luồn chỉ treo mi trên vào cơ trán <input type="checkbox"/> Chất liệu treo..... - Buộc chỉ và vùi đầu chỉ Khâu da trán: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> - Bất thường trong phẫu thuật..... - Tra mắt kháng sinh: có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> Băng mắt: băng che <input type="checkbox"/> băng ép <input type="checkbox"/> không băng <input type="checkbox"/>

Hà nội, Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

BỆNH VIỆN:.....

Số bệnh án:

PHIẾU PHẪU THUẬT MỘNG

- Họ, tên người bệnh :..... Tuổi: Nam Nữ
- Ngày vào viện :...../...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật:.....giờ, ngày...../...../20.....
- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Cách thức phẫu thuật: MP MT
- Phẫu thuật viên chính..... Phẫu thuật viên phụ.....
- Bác sỹ gây mê:

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê Tê tại mắt Loại thuốc tê :.....ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	<p>+ Đặt vành mi:</p> <p>+ Cắt rời đầu mộng: <input type="checkbox"/> Phẫu tích thân mộng <input type="checkbox"/></p> <p>+ Đốt cầm máu: <input type="checkbox"/></p> <p>+ Áp MMC/5FU: Nồng độ Thời gian: .....phút</p> <p>+ Rửa bề mặt MC: Dung dịch NaCl 0,9% <input type="checkbox"/> Ringer lactat <input type="checkbox"/></p> <p>Khác:.....Số lượng:.....ml</p> <p>+ Gọt đầu mộng: <input type="checkbox"/></p> <p>+ Lấy mảnh KM ghép sát rìa:</p> <p>Vị trí: Trên <input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/> Kích thước:</p> <p>+ Lấy mảnh màng ối : <input type="checkbox"/> Kích thước :</p> <p>+ Khâu mảnh ghép: Chỉ.....Số mũi.....</p> <p>+ Khâu KM che phần mộng đã cắt bỏ <input type="checkbox"/> Số mũi.....</p> <p>+ Biến chứng - Thủng KM <input type="checkbox"/> Thân mộng <input type="checkbox"/> giác mạc <input type="checkbox"/></p> <p>Cắt vào cơ trực mảnh KM ghép</p> <p>+ Cách xử trí:.....</p> <p>+ Diễn biến khác</p> <p>.....</p> <p>+ Tra kháng sinh: Nước <input type="checkbox"/> Mỡ <input type="checkbox"/> Loại thuốc:.....</p> <p>+ Băng ép <input type="checkbox"/></p>

Hà nội, Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

BỆNH VIÊN:.....

Số bệnh án:

PHIẾU PHẪU THUẬT MỔ QUẠM

- Họ, tên người bệnh :..... Tuổi: Nam Nữ
- Ngày vào viện :...../...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật:.....giờ, ngày...../...../20.....
- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Chỉ định phẫu thuật: MP MT
- Cách thức phẫu thuật: Sakcjk Cunco-Nataf Khác
- Phẫu thuật viên chính.....Phẫu thuật viên phụ.....
- Bác sỹ gây mê:

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê Tê Loại thuốc tê :..... Số lượng.....ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	+ Lấy mảnh niêm mạc môi <input type="checkbox"/> Bộc lộ vùng niêm mạc môi định lấy, vị trí: Môi trên <input type="checkbox"/> Môi dưới <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none">• Rạch niêm mạc môi• Lấy.....mảnh niêm mạc môi với kích thước.....X.....mm• Khâu phục hồi niêm mạc môi Kiểu khâu: Rời <input type="checkbox"/> Vát <input type="checkbox"/> Loại chỉ:.....• Tra Betadin 5% <input type="checkbox"/> + Cố định mí <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mi trên<input type="checkbox"/> Mi dưới Loại chỉ.....
	+ Đặt thanh dè <input type="checkbox"/>
	+ Rạch bờ mí <input type="checkbox"/>
	+ Khâu mảnh niêm mạc môi vào bờ mí vừa rạch <ul style="list-style-type: none">• Kiểu khâu: Rời <input type="checkbox"/> Vát <input type="checkbox"/> Phối hợp cả vát và thường <input type="checkbox"/> Loại chỉ.....
	+ Rạch da mí <input type="checkbox"/> Khoảng cách từ đường rạch đến bờ mí.....mm
	+ Cắt da mí thừa <input type="checkbox"/> Kích thước phần da mí đã cắt.....mm
	+ Bộc lộ sụn mí <input type="checkbox"/> + Tạo máng sụn <input type="checkbox"/>
	+ Đốt cầm máu <input type="checkbox"/> + Khâu sụn mí <input type="checkbox"/> Khâu treo ngoài da mũi chữ U Loại chỉ..... Khâu máng sụn chỉ tự tiêu dưới da Loại chỉ.....
	+ Khâu da mí Kiểu khâu: Rời <input type="checkbox"/> Vát <input type="checkbox"/> Loại chỉ.....
	+ Tra kháng sinh: Dung dịch <input type="checkbox"/> Mỡ <input type="checkbox"/> Tên thuốc.....
	+ Băng ép <input type="checkbox"/>

Hà nội, Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỞ Y TẾ:.....

Số bệnh án:

BỆNH VIỆN:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT LÁC

- Họ, tên người bệnh :..... Tuổi:Nam Nữ
- Ngày vào viện :...../...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật:.....giờ, ngày...../...../20.....
- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Chỉ định phẫu thuật: MP MT
- Phẫu thuật viên chính..... Phẫu thuật viên phụ.....
- Bác sỹ gây mê:

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê Tê Loại thuốc tê :.....ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
1. Lùi cơ	Mắt phải <input type="checkbox"/> Mắt trái <input type="checkbox"/> Hai mắt <input type="checkbox"/> - Mở kết mạc: Rìa <input type="checkbox"/> cùng đồ <input type="checkbox"/> vị trí..... - Bộc lộ cơ: Trục trong <input type="checkbox"/> Trục ngoài <input type="checkbox"/> Trục trên <input type="checkbox"/> Trục dưới <input type="checkbox"/> - Khâu cơ hết bề rộng cơ <input type="checkbox"/> Khâu hai bờ cơ <input type="checkbox"/> Loại chỉ <input type="checkbox"/> Vicryl .6./0..... - Cắt cơ khỏi chỗ bám, khâu lùi cơ ra sau nhãn cầu vào cùng mạc cách chỗ bám cũ.....mm. - Khâu lùi cơ có vòng quai <input type="checkbox"/> Khâu chính chỉ <input type="checkbox"/> - Di chuyển: không <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> lên trên <input type="checkbox"/> xuống dưới <input type="checkbox"/> - Faden: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>mm - Khâu kết mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>
2. Rút ngắn cơ	Mắt phải <input type="checkbox"/> Mắt trái <input type="checkbox"/> Hai mắt <input type="checkbox"/> - Mở kết mạc: Rìa <input type="checkbox"/> Cùng đồ <input type="checkbox"/> vị trí..... - Bộc lộ cơ Trục trong <input type="checkbox"/> Trục ngoài <input type="checkbox"/> Trục trên <input type="checkbox"/> Trục dưới <input type="checkbox"/> - Rút ngắn cơ về phía trước.....mm. - Khâu cơ đã rút vào chỗ bám cũ chỉ Vicryl 6/0 - Cắt cơ thừa, cầm máu. Khâu gấp cơ.....mm - Khâu kết mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/>
3. Cơ chéo	Mắt phải <input type="checkbox"/> Mắt trái <input type="checkbox"/> Hai mắt <input type="checkbox"/> Chéo lớn <input type="checkbox"/> Chéo bé <input type="checkbox"/> - Mở kết mạc: Cùng đồ <input type="checkbox"/> vị trí.....Bộc lộ cơ..... - Lùi cơ <input type="checkbox"/>mm Gấp cơ <input type="checkbox"/>mm Buông cơ <input type="checkbox"/> Loại chỉ: Nylon <input type="checkbox"/> Vicryl <input type="checkbox"/> - Khâu kết mạc: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Vicryl <input type="checkbox"/> Catgutte <input type="checkbox"/>/0 - Tra mắt kháng sinh: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> - Băng mắt: Băng ép <input type="checkbox"/> Không băng <input type="checkbox"/>

Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

Số bệnh án:

BỆNH VIỆN:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT GLÔCÔM

Họ tên người bệnh :..... Tuổi: Nam Nữ

Ngày vào viện :...../...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật:.....giờ, ngày...../...../20.....

Chẩn đoán trước phẫu thuật: Glôcôm góc đóng Glôcôm góc mở Glôcôm bẩm sinh

Glôcôm thứ phát do.....

Giai đoạn bệnh: Tiềm tàng Sơ phát Tiến triển

Trầm trọng Gắn tuyệt đối Tuyệt đối

Chỉ định phẫu thuật: MP MT Cắt móng mắt Cắt bè Cắt củng mạc sâu

Rạch bè Mở bè Khác

Phẫu thuật lần.....

Phẫu thuật viên chính.....Phẫu thuật viên phụ.....

Bác sỹ gây mê:

TRÌNH TỰ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê Tê bề mặt Dưới bao tenon CNC Loại thuốc tê

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	Cố định nhãn cầu: Vành mi <input type="checkbox"/> Chi cơ trực <input type="checkbox"/> Chi giác mạc <input type="checkbox"/>
	Tạo vạt KM: Kinh tuyến:..... Giờ Đáy củng đồ <input type="checkbox"/> Đáy vùng rìa <input type="checkbox"/>
	Tình trạng bao Tenon: Bình thường <input type="checkbox"/> Dày <input type="checkbox"/> Xơ <input type="checkbox"/>
	Uế chế tạo xơ: 5FU <input type="checkbox"/> MMC <input type="checkbox"/> Collagen <input type="checkbox"/> Màng ối <input type="checkbox"/>
	Khác <input type="checkbox"/>
	Vị trí: Trên nắp CM <input type="checkbox"/> Dưới nắp CM <input type="checkbox"/> Cả hai vị trí <input type="checkbox"/> Thời gian.....phút
	Lạng bớt bao Tenon: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Cắt bỏ lớp thượng CM: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Vạt CM: Vạt CM thứ nhất: kích thước.....x.....mm
	Vạt CM thứ hai.....x.....mm
	Chọc TP: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	Cắt mấu bè: Vị trí vùng bè <input type="checkbox"/> Trước bè <input type="checkbox"/> Rạch bè <input type="checkbox"/>
	Bọc lộ ống Schlemm <input type="checkbox"/> Cắt thành ngoài ống <input type="checkbox"/> Bọc thành trong ống <input type="checkbox"/>
	Cắt móng mắt: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Ngoại vi <input type="checkbox"/> Khu vực <input type="checkbox"/>
	Tình trạng thể mi: Phì đại <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Không rõ <input type="checkbox"/>
	Khâu nắp CM: số mũi.....; Chỉ rút: có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> Loại chỉ:.....
	Tái tạo TP: Nước <input type="checkbox"/> Hơi <input type="checkbox"/>
	Khâu KM: Khâu vát <input type="checkbox"/> Mũi rời <input type="checkbox"/>mũi Nylon <input type="checkbox"/>/0 Vicryl <input type="checkbox"/>/0
	Diễn biến khác xảy ra trong phẫu thuật:.....

	Tiêm mắt: Không <input type="checkbox"/> Dưới KM <input type="checkbox"/> CNC <input type="checkbox"/> Thuốc.....
	Thuốc tra mắt:.....Bằng.....

Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

Số bệnh án:

BỆNH VIỆN:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT BỀ MẶT NHÂN CẦU

- Họ, tên người bệnh : Tuổi: Nam Nữ
- Ngày vào viện :/...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật:..... giờ, ngày...../...../20.....
- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Chỉ định phẫu thuật: MP MT
- Phẫu thuật viên chính..... Phẫu thuật viên phụ.....
- Bác sỹ gây mê:

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê Tê CNC, bề mặt Loại thuốc tê :.....ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	+ Cố định mi: Vành mi <input type="checkbox"/> Chỉ cơ trực <input type="checkbox"/> + Gọt tổ chức tổn thương: KM <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> • Kích thước:.....mm Toàn bộ NC <input type="checkbox"/> • Độ sâu: 1/3 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> khác <input type="checkbox"/> • Đặc điểm: Tổ chức xơ <input type="checkbox"/> Hoại tử <input type="checkbox"/> + Tách dính mi cầu: Trên <input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> + Ghép màng ối: Kích thước:.....mm • Vị trí: GM: Một phần <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> CM: Trên <input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ nhân cầu <input type="checkbox"/> • Hình thức: 1 lớp <input type="checkbox"/> 2 lớp <input type="checkbox"/> 3 lớp <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> + Ghép KM rìa: Tự thân <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> * Vị trí: Một phần <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/> Kích thước:..... mm + Kỹ thuật khâu: Mũi rời <input type="checkbox"/> Liên tục <input type="checkbox"/> Loại chỉ khâu: Nylon <input type="checkbox"/> Prolene <input type="checkbox"/> Tiêu <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Cỡ chỉ: 10.0 <input type="checkbox"/> 9.0 <input type="checkbox"/> 8.0 <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> • PT phối hợp: Rửa mù TP <input type="checkbox"/> Cát bè <input type="checkbox"/> Lấy T3 <input type="checkbox"/> Ngoài bao <input type="checkbox"/> Phaco <input type="checkbox"/> Đặt IOL <input type="checkbox"/> Đặt khuôn <input type="checkbox"/> Khâu cò mi <input type="checkbox"/> Mô tả: • Thuốc tiêm: Thuốc tra:..... • Băng che: <input type="checkbox"/> Băng ép: <input type="checkbox"/>

Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

BỆNH VIỆN:.....

Số bệnh án:

PHIẾU PHẪU THUẬT TÚI LỆ

- Họ, tên người bệnh :..... Tuổi:..... Nam Nữ
- Ngày vào viện :...../...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật:.....giờ, ngày...../...../20.....
- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Chỉ định phẫu thuật: MP MT
- Phẫu thuật viên chính..... Phẫu thuật viên phụ.....
- Bác sỹ gây mê:
- Phẫu thuật: Lần thứ 1 Lần thứ 2 Lần thứ 3 Lần thứ 4

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê tê Loại thuốc tê :.....ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	<p>+ Rạch da cách góc trong .....mm; Đường rạch dài.....mm</p> <p>+ Tách bộc lộ dây chằng mi trong <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">CẮT TÚI LỆ <input type="checkbox"/></p> <p>+ Bộc lộ túi lệ <input type="checkbox"/></p> <p>+ Cắt túi lệ : Cắt toàn bộ túi lệ <input type="checkbox"/> Còn sót một phần túi lệ <input type="checkbox"/></p> <p>+ Đốt cầm máu <input type="checkbox"/></p> <p>+ Đặt dẫn lưu ở vùng cắt túi lệ <input type="checkbox"/></p> <p>+ Biến chứng, diễn biến đặc biệt.....</p> <p style="text-align: center;">NỐI THÔNG LỆ MŨI</p> <p>+ Tạo vạt màng xương :- Vạt màng xương rộng đủ khâu <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">- Vạt màng xương rạch không đủ khâu <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tạo cửa sổ xương sang mũi kích thước.....x.....mm</p> <p>+ Khâu nối túi lệ và niêm mạc mũi:- Khâu thành sau <input type="checkbox"/> Bằng chỉ.....-0</p> <p style="padding-left: 40px;">- Khâu thành trước <input type="checkbox"/> Bằng chỉ.....-0</p> <p>+ Đặt ống silicon: Không <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> Đặt qua hai lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Đặt qua 1 lệ quản: <input type="checkbox"/> Trên <input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/></p> <p>+ Đặt gạc cầm máu</p> <p>+ Khâu phục hồi phần mềm, khâu dây chằng mi trong <input type="checkbox"/> chỉ.....</p> <p>+ Khâu da:- Có khâu <input type="checkbox"/> chỉ..... - Không khâu</p> <p>+ Diễn biến đặc biệt.....</p> <p>+ Tra..... Băng <input type="checkbox"/></p>

Hà nội, Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

Số bệnh án:

BỆNH VIỆN:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT THỂ THỦY TINH PHỐI HỢP CẮT BÈ

Họ tên người bệnh :..... Tuổi:..... Nam/Nữ

Chẩn đoán: Glôcôm góc đóng + Đục TTT Glôcôm góc mở + Đục TTT Đục TTT căng phòng tăng NA Đục lệch TTT tăng NA

Ngày vào viện :...../...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật:.....giờ, ngày...../...../20.....

Chỉ định phẫu thuật:

Phẫu thuật viên chính.....Phẫu thuật viên phụ.....

Bác sỹ gây mê hồi sức:.....

MÔ TẢ PHẪU THUẬT MP MT - Phương pháp vô cảm: Mê Tê CNC..... Tê bề mặt..... Loại thuốc tê :.....ml

Lược đồ phẫu thuật	
	- Cố định nhãn cầu: Vành mi <input type="checkbox"/> Chỉ cơ trực <input type="checkbox"/> Chỉ giác mạc <input type="checkbox"/>
	- Tạo vạt KM: Kinh tuyến:.....giờ Đáy cùng đồ <input type="checkbox"/> Đáy vùng rìa <input type="checkbox"/>
	- Tình trạng bao Tenon: Bình thường <input type="checkbox"/> Dày <input type="checkbox"/> Xơ <input type="checkbox"/>
	- Ức chế tạo xơ: 5FU <input type="checkbox"/> MMC <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/>
	Vị trí: Trên nắp CM <input type="checkbox"/> Dưới nắp CM <input type="checkbox"/> Cả hai vị trí <input type="checkbox"/> Thời gian áp thuốc.....phút
	- Lạng bớt bao Tenon: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	- Tạo vạt CM, vị trí....., kích thước.....x.....mm
	- Mở vào TP: Giác mạc <input type="checkbox"/> Vùng rìa <input type="checkbox"/> Cùng mạc <input type="checkbox"/>
	Vị trí: kinh tuyến.....giờ Kích thước.....mm
	- Nhuộm bao: Có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/>
	- Xé bao trước TTT <input type="checkbox"/> Mở bao hình tem thư <input type="checkbox"/>
	- Tách nhân <input type="checkbox"/> Xoay nhân: khó khăn <input type="checkbox"/> dễ dàng <input type="checkbox"/>
	- Đáy nhân ra ngoài <input type="checkbox"/> Chất nhầy: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	- Tán nhân: năng lượng.....%, lực hút.....mmHg, tốc độ dòng chảy.....
	- Hút chất TTT: IA <input type="checkbox"/> Kim hai nòng <input type="checkbox"/>
	- Đặt IOL: Mềm <input type="checkbox"/> Cứng <input type="checkbox"/> Đặt bằng pince <input type="checkbox"/> Bằng súng <input type="checkbox"/>
	Đặt trong túi bao <input type="checkbox"/> Rãnh thể mi <input type="checkbox"/> Cố định IOL cùng mạc <input type="checkbox"/>
	- Cắt máu bè: Vị trí vùng bè <input type="checkbox"/> Trước bè <input type="checkbox"/>
	- Cắt mống mắt: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Ngoại vi <input type="checkbox"/> Khu vực <input type="checkbox"/>
	- Phục hồi vết mổ: Bơm phù Khâu vạt Khâu mũi rời số mũi:....., loại chỉ...../0
	- Khâu nắp CM: số mũi....., loại chỉ...../0
	- Tái tạo TP: Nước <input type="checkbox"/> Hơi <input type="checkbox"/>
	- Khâu KM: Nylon <input type="checkbox"/>/0 Vicryl <input type="checkbox"/>/0 Khâu vạt <input type="checkbox"/> Mũi rời <input type="checkbox"/>mũi
	- Diễn biến khác xảy ra trong phẫu thuật:.....

	- Thuốc tra mắt:.....
	- Tiêm mắt: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Dưới KM <input type="checkbox"/> CNC <input type="checkbox"/>
	Thuốc.....

Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

Số bệnh án:

BỆNH VIỆN:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT THỂ THỦY TINH

Họ tên người bệnh:..... Tuổi..... Nam/Nữ

Ngày vào viện, :...../...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật...../...../20.....

Chẩn đoán: Đục T3 già Đục T3 bệnh lý Lệch T3 Đục T3 bẩm sinh Không có T3

Chỉ định phẫu thuật: MP MT Phaco Ngoài bao Trong bao Treo củng mạc

Phẫu thuật viên chính: Phẫu thuật viên phụ

Bác sỹ gây mê hồi sức:

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê Tê tại mắt Loại thuốc tê :.....ml

Lược đồ phẫu thuật	Trình tự phẫu thuật
	1. Cố định nhãn cầu: Vành mi <input type="checkbox"/> Chỉ cơ trực <input type="checkbox"/> 2. Tình trạng T3: Đục nhân <input type="checkbox"/> Đục vỏ <input type="checkbox"/> Đục dưới bao <input type="checkbox"/> Đục chín <input type="checkbox"/> Đục quá chín <input type="checkbox"/> Đục căng phồng <input type="checkbox"/> Lệch TTT <input type="checkbox"/> DK trong Tphòng <input type="checkbox"/> Độ cứng của nhân: Còn trong <input type="checkbox"/> Độ I <input type="checkbox"/> Độ II <input type="checkbox"/> Độ III <input type="checkbox"/> Độ IV <input type="checkbox"/> Độ V <input type="checkbox"/> 3. Mở KM rìa: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> kính tuyến:.....giờ 4. Mở vào TP: Giác mạc <input type="checkbox"/> Vùng rìa <input type="checkbox"/> Củng mạc <input type="checkbox"/> Vị trí: kính tuyến.....giờ Kích thước.....mm 5. Nhuộm bao: Có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> 6. Xé bao trước T3 <input type="checkbox"/> Mở bao hình tem thư <input type="checkbox"/> 7. Tách nhân <input type="checkbox"/> Xoay nhân: khó khăn <input type="checkbox"/> dễ dàng <input type="checkbox"/> 8. Đẩy nhân ra ngoài <input type="checkbox"/> Chặt nháy: Có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> 9. Tán nhân: năng lượng.....%, lực hút.....mmHg, tốc độ dòng chảy..... 10. Hút chất T3: IA <input type="checkbox"/> Kim hai nòng <input type="checkbox"/> 11. Đặt IOL: Mềm <input type="checkbox"/> Cứng <input type="checkbox"/> Đặt bằng pince <input type="checkbox"/> Bảng súng <input type="checkbox"/> Đặt trong túi bao <input type="checkbox"/> Rãnh thể mi <input type="checkbox"/> Cố định IOL củng mạc <input type="checkbox"/> 12. Rách bao sau: không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> : Vị trí rách.....Kích thước..... Cát bao sau: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Cát bằng kéo <input type="checkbox"/> Máy cát DK <input type="checkbox"/> Cát móng mắt ngoại vi: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> vị trí..... Phục hồi vết mổ: Bơm phù <input type="checkbox"/> Khâu vát <input type="checkbox"/> Khâu mũi rời <input type="checkbox"/>mũi Loại chỉ...../0 Diễn biến khác:..... Tiêm mắt: Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Dưới KM, CNC <input type="checkbox"/> Loại thuốc:..... Tra mắt .....Bằng.....

Hà nội, Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

Số bệnh án:

BỆNH VIỆN:.....

PHIẾU PHẪU THUẬT GHÉP GIÁC MẠC

- Họ, tên người bệnh: Tuổi: Nam Nữ
- Ngày vào viện:/...../20..... Ngày, giờ phẫu thuật: giờ, ngày...../...../20.....
- Chẩn đoán trước phẫu thuật:
- Chỉ định phẫu thuật: MP MT
- Phẫu thuật viên chính: Phẫu thuật viên phụ.....
- Bác sỹ gây mê:
- Phẫu thuật: Lần thứ 1: Lần thứ 2 Lần thứ 3 Lần thứ 4

MÔ TẢ PHẪU THUẬT

- Phương pháp vô cảm: Mê Tê tại mắt Loại thuốc tê :.....ml

Lược đồ phẫu thuật	Cách thức phẫu thuật
	<p>+ Cố định mi: <input type="checkbox"/> Vành mi <input type="checkbox"/> Đặt chỉ cơ trực <input type="checkbox"/></p> <p>+ Vòng cố định củng mạc <input type="checkbox"/> Kích thước vòng.....mm Chỉ: 4/0, 7/0, 8/0 Vị trí: Trên <input type="checkbox"/> Dưới <input type="checkbox"/> Trong <input type="checkbox"/> Ngoài <input type="checkbox"/></p> <p>+ Mở KM rìa <input type="checkbox"/> 1/4 chu vi <input type="checkbox"/> 1/2 chu vi <input type="checkbox"/> 3/4 chu vi <input type="checkbox"/> toàn bộ CV <input type="checkbox"/></p> <p>+ Đốt cầm máu <input type="checkbox"/></p> <p>+ Vị trí mảnh ghép: Trung tâm <input type="checkbox"/> Lệch tâm <input type="checkbox"/> rìa <input type="checkbox"/> Có vành củng mạc <input type="checkbox"/></p> <p>+ Loại ghép: Xuyên <input type="checkbox"/> Lốp <input type="checkbox"/> Lốp sâu <input type="checkbox"/> Nội mô <input type="checkbox"/></p> <p>+ Đường kính khoan mảnh ghép.....mm</p> <p>+ Đường kính khoan GM tổn thương:.....mm Loại khoan:.....</p> <p>+ Vào tiền phòng <input type="checkbox"/> Bằng khoan <input type="checkbox"/> Bằng dao <input type="checkbox"/></p> <p>+ Cát GM tổn thương bằng kéo vannas <input type="checkbox"/></p> <p>+ Tổn thương kèm theo: Mống mắt <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/></p> <p>+ Cách thức khâu: Mũi rời <input type="checkbox"/> Liên tục <input type="checkbox"/></p> <p>+ Loại chỉ: Nylon <input type="checkbox"/> Prolene <input type="checkbox"/> Khác.....cỡ chỉ 10/0</p> <p>Phẫu thuật phối hợp:</p> <p>+ Tạo hình mống mắt <input type="checkbox"/> Chỉ nylon <input type="checkbox"/> Chỉ Prolene <input type="checkbox"/></p> <p>+ Cát bè <input type="checkbox"/> Cát mống mắt chu biên <input type="checkbox"/></p> <p>+ Lấy T3: ICCE <input type="checkbox"/> ECCE <input type="checkbox"/> Phaco <input type="checkbox"/></p> <p>+ Vị trí đặt IOL: Trong bao <input type="checkbox"/> Rãnh thể mi <input type="checkbox"/> Treo IOL <input type="checkbox"/></p> <p>+ Cát dịch kính <input type="checkbox"/> Ghép KM rìa <input type="checkbox"/> Ghép màng ối <input type="checkbox"/> Khâu cò mi <input type="checkbox"/></p>

	+ Mô tả:

	+ Thuốc tiêm:
	+ Thuốc tra:
	+ Biến chứng trong mổ

- Thông tin giác mạc hiến:

+ Tên ngân hàng mắt:Số lưu trữ giác mạc.....

+ Kích thước vành cứng mạcmm

+ Giác mạc được bảo quản lúc.....giờ.....phút.....Ngày:.....tháng.....năm

+ Lấy mảnh ghép giác mạc lúc.....giờ.....phút.....Ngày:.....tháng.....năm

+ Thời gian từ lúc bảo quản đến lúc phẫu thuật:giờ

+ Đánh giá chung chất lượng GM hiến:

Rất tốt Tốt Trung bình Xấu

+ Số lượng tế bào nội mô:

Ngàytháng.....năm 20....

Phẫu thuật viên

(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên.....

SỐ Y TẾ:.....

BỆNH VIỆN:.....

Khoa:.....Giường.....

BỆNH ÁN MẮT

(Bản phần trước)

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../ 210 / 20 /.....

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.....

Huyện (Q,Tx)..... Tỉnh, thành phố.....

8. Nơi làm việc:..... 9. Đối tượng: 1. BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác

10. BHYT giá trị đến ngày..... tháng..... năm 20..... 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...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> 3. Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa..... ng / th / năm Số ngày ĐT..... Giờ.....phút...../...../.....	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa..... Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến.....
<input type="text"/> Khoa..... Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện:.....giờ.....ngày...../...../.....
<input type="text"/> Khoa..... Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB. Cấp cứu:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: (tổn thương)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(Nguyên nhân)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> -Biến chứng: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị	28. Tình hình tử vong:.....giờ.....phút.....ngày.....tháng.....năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

A - BỆNH ÁN.

I. Lý do vào viện:

II. Bệnh sử:

- Thời gian xuất hiện bệnh:

- Nguyên nhân (nếu có)

- Các phương pháp đã điều trị và diễn biến bệnh:

III. Tiền sử:

- Bản thân:

+ Tại mắt:

+ Toàn thân:

- Gia đình : + Bệnh mắt

+ Bệnh toàn thân

IV. Khám bệnh

1. Khám mắt

	MẮT PHẢI	MẮT TRÁI
1. Thị lực		
- Không kính	.....	.....
- Có kính	.....	.....
2. Nhân áp	.....mmHg.	.....mmHg.
3. Lác và vận nhãn	.....	.....
4. Lệ đạo	Bơm lệ quản: Nước thoát tốt: <input type="checkbox"/>	Bơm lệ quản: Nước thoát tốt: <input type="checkbox"/>
	Trào lệ quản đối diện: <input type="checkbox"/>	Trào lệ quản đối diện: <input type="checkbox"/>
	Trào tại chỗ: <input type="checkbox"/>	Trào tại chỗ: <input type="checkbox"/>
5. Mi mắt	Bình thường: <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Cháp <input type="checkbox"/> Lẹo <input type="checkbox"/>	Bình thường: <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Cháp <input type="checkbox"/> Lẹo <input type="checkbox"/>
	Sẹo da mi <input type="checkbox"/> Sụp mi <input type="checkbox"/>	Sẹo da mi <input type="checkbox"/> Sụp mi <input type="checkbox"/>
	Khác :	Khác :
	-U mi <input type="checkbox"/> Tính chất u.....	-U mi <input type="checkbox"/> Tính chất u.....
	Vị trí..... Kích thước.....	Vị trí..... Kích thước.....
	-Quặm: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	-Quặm: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
	+ Mi trên	+ Mi trên
	1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/>	1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/>
	+ Mi dưới	+ Mi dưới
	1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/>	1/3 trong <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> Toàn bộ <input type="checkbox"/>
	-Hở mi: <input type="checkbox"/> - Trễ mi <input type="checkbox"/>	-Hở mi: <input type="checkbox"/> - Trễ mi <input type="checkbox"/>

6. Tình trạng nhân cầu

- Khuyết mi: 1/3 trong 1/3 giữa 1/3 ngoài
- Tuyến bờ mi: Bình thường
- Viêm tắc nhẹ Vừa Nặng
- Viêm bờ mi (chân lông mi)
- Tổn thương khác:

- Khuyết mi: 1/3 trong 1/3 giữa 1/3 ngoài
- Tuyến bờ mi: Bình thường
- Viêm tắc nhẹ Vừa Nặng
- Viêm bờ mi (chân lông mi)
- Tổn thương khác:

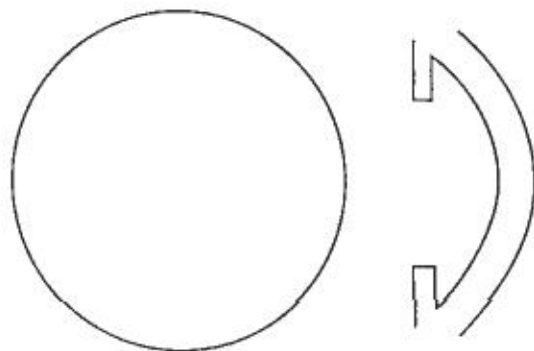
7. Kết mạc

- Bình thường Mộng
- Cương tụ: Tỏa lan Rìa
- Ở KM nhân cầu Ở rìa Toàn bộ
- Phù nề Xuất huyết Sừng hóa
- Nhú Hột Sẹo
- Tiết tố mù Tiết tố trong Giả mạc
- Bất màu fluo
- U kết mạc: + Tinh chất.....
- + Vị trí.....
- + Kích thước.....
- Cùng đồ: Bình thường Cận Dính
- + Chiều cao của cầu dính:
- Dính ở cùng đồ, chưa vào sụn
- Dính ở cùng đồ, nhưng chưa hết chiều cao sụn
- Dính hết chiều cao sụn mi
- Dính cả bờ mi hoặc điểm lệ
- + Độ rộng của cầu dính:
- ≤ 1/3 chiều dài mi
- 1/3 - 2/3 chiều dài mi
- ≥ 2/3 chiều dài mi
- Tổn thương khác:

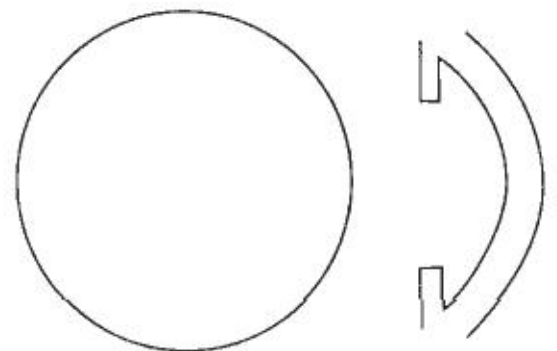
- Bình thường Mộng
- Cương tụ: Tỏa lan Rìa
- Ở KM nhân cầu Ở rìa Toàn bộ
- Phù nề Xuất huyết Sừng hóa
- Nhú Hột Sẹo
- Tiết tố mù Tiết tố trong Giả mạc
- Bất màu fluo
- U kết mạc: + Tinh chất.....
- + Vị trí.....
- + Kích thước.....
- Cùng đồ: Bình thường Cận Dính
- + Chiều cao của cầu dính:
- Dính ở cùng đồ, chưa vào sụn
- Dính ở cùng đồ, nhưng chưa hết chiều cao sụn
- Dính hết chiều cao sụn mi
- Dính cả bờ mi hoặc điểm lệ
- + Độ rộng của cầu dính:
- ≤ 1/3 chiều dài mi
- 1/3 - 2/3 chiều dài mi
- ≥ 2/3 chiều dài mi
- Tổn thương khác:

8. Giác mạc

- Ghép giác mạc



- Ghép giác mạc



I

IV

1.

1. TĐ

- Khc

- Có

2. Nh

3. Lá

4. Lệ

5. Mi

- Kích thước: Bình thường To Nhỏ

- Hình dạng: Bình thường Nón Cầu

- Biểu mô: + Bình thường

+ Tổn thương dạng chấm

+ Phù bong biểu mô Nhẹ Vừa Nặng

+ Mất biểu mô <1/3 d. tích 1/3-1/2 d. tích >1/2 d. tích

Trung tâm Lệch tâm Sát rìa

+ Bờ tổn thương nhám nhỏ trơn nhẵn đào rãnh

+ Thoái hóa dải băng

+ Lăng động thuốc

+ Tổn thương khác:

- Nhu mô + Bình thường

+ Phù: Nhẹ Vừa Nặng

+ Thấm lậu: Nông Sâu Rất sâu

Khu trú Lan tỏa Nhiều ổ vệ tinh

+ Tiêu mỏng <1/2 c/ dày >1/2 c/ dày

Ở rìa Lệch tâm Ở trung tâm

+ Tổn thương khác:

- Nội mô & Descemet: Bình thường

Nếp gấp Nhẹ Vừa Nặng

Tủa sắc tố mặt sau GM Mù mặt sau

Xuất tiết mặt sau Guttata

Rạn màng Descemet Cuộn Descemet

Tổn thương khác:

- Dọa thủng Kẹt móng mắt

- Thủng giác mạc: Trung tâm Lệch tâm Sát rìa

Seidel Đường kính thủng mm

Thủng bút Không bút

- Cảm giác giác mạc: Mất Giảm Bình thường

- Tân mạch: + Nông, hướng tâm ly tâm

+ Sâu

Mức độ ≤1/3 chu vi 1/3 - 2/3 chu vi ≥2/3 chu vi

- Vùng rìa giác mạc: + Suy tế bào nguồn

+ Thoái hóa già

+ Lăng động Canxi, san hô

- Bất thường khác:

8. Củng mạc

- Bình thường

- Viêm: + Nốt Lan tỏa Áp xe

+ Nông Sâu

- Viêm thượng củng mạc

- Giãn lồi Tiêu mỏng Hoại tử

- Chi tiết khác:

- Kích thước: Bình thường To Nhỏ

- Hình dạng: Bình thường Nón Cầu

- Biểu mô: + Bình thường

+ Tổn thương dạng chấm

+ Phù bong biểu mô Nhẹ Vừa Nặng

+ Mất biểu mô <1/3 d. tích 1/3-1/2 d. tích >1/2 d. tích

Trung tâm Lệch tâm Sát rìa

+ Bờ tổn thương nhám nhỏ trơn nhẵn đào rãnh

+ Thoái hóa dải băng

+ Lăng động thuốc

+ Tổn thương khác:

- Nhu mô + Bình thường

+ Phù: Nhẹ Vừa Nặng

+ Thấm lậu: Nông Sâu Rất sâu

Khu trú Lan tỏa Nhiều ổ vệ tinh

+ Tiêu mỏng <1/2 c/ dày >1/2 c/ dày

Ở rìa Lệch tâm Ở trung tâm

+ Tổn thương khác:

- Nội mô & Descemet: Bình thường

Nếp gấp Nhẹ Vừa Nặng

Tủa sắc tố mặt sau GM Mù mặt sau

Xuất tiết mặt sau Guttata

Rạn màng Descemet Cuộn Descemet

Tổn thương khác:

- Dọa thủng Kẹt móng mắt

- Thủng giác mạc: Trung tâm Lệch tâm Sát rìa

Seidel Đường kính thủng mm

Thủng bút Không bút

- Cảm giác giác mạc: Mất Giảm Bình thường

- Tân mạch: + Nông, hướng tâm ly tâm

+ Sâu

Mức độ ≤1/3 chu vi 1/3 - 2/3 chu vi ≥2/3 chu vi

- Vùng rìa giác mạc: + Suy tế bào nguồn

+ Thoái hóa già

+ Lăng động Canxi, san hô

- Bất thường khác:

- Bình thường

- Viêm: + Nốt Lan tỏa Áp xe

+ Nông Sâu

- Viêm thượng củng mạc

- Giãn lồi Tiêu mỏng Hoại tử

- Chi tiết khác:

<p>9. Tiền phòng (góc TP)</p>	<p>- Bình thường <input type="checkbox"/> Nồng <input type="checkbox"/> Mất TP <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> - Mù <input type="checkbox"/> mm Tyndal(+) <input type="checkbox"/> - Màng xuất tiết <input type="checkbox"/> - Máu <input type="checkbox"/> mm - Tổn thương khác:.....</p>	<p>- Bình thường <input type="checkbox"/> Nồng <input type="checkbox"/> Mất TP <input type="checkbox"/> Sâu <input type="checkbox"/> - Mù <input type="checkbox"/> mm Tyndal(+) <input type="checkbox"/> - Màng xuất tiết <input type="checkbox"/> - Máu <input type="checkbox"/> mm - Tổn thương khác:.....</p>
<p>10. Mống mắt</p>	<p>Nâu xốp <input type="checkbox"/> Xơ teo <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/> Tàn mạch <input type="checkbox"/> Phôi <input type="checkbox"/> Kẹt <input type="checkbox"/> Khuyết <input type="checkbox"/> Khác:..... - Đường kính <input type="checkbox"/> mm</p>	<p>Nâu xốp <input type="checkbox"/> Xơ teo <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/> Tàn mạch <input type="checkbox"/> Phôi <input type="checkbox"/> Kẹt <input type="checkbox"/> Khuyết <input type="checkbox"/> Khác:..... - Đường kính <input type="checkbox"/> mm</p>
<p>11. Đồng tử</p>	<p>- Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> Vị trí dính:..... - Phản xạ: <i>Tốt</i> <input type="checkbox"/> <i>Kém</i> <input type="checkbox"/> <i>Mất</i> <input type="checkbox"/> - Tổn thương khác:</p>	<p>- Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> Vị trí dính:..... - Phản xạ: <i>Tốt</i> <input type="checkbox"/> <i>Kém</i> <input type="checkbox"/> <i>Mất</i> <input type="checkbox"/> - Tổn thương khác:</p>
<p>12. Thủy tinh thể</p>	<p>- Bình thường <input type="checkbox"/> - Hình thái đục:..... - Đục bao sau <input type="checkbox"/> - Lệch: <input type="checkbox"/> - IOL: <i>Cán</i> <input type="checkbox"/> <i>Lệch</i> <input type="checkbox"/> <i>Trong Tp</i> <input type="checkbox"/> <i>Trong HP</i> <input type="checkbox"/> - Tổn thương khác:</p>	<p>- Bình thường <input type="checkbox"/> - Hình thái đục:..... - Đục bao sau <input type="checkbox"/> - Lệch: <input type="checkbox"/> - IOL: <i>Cán</i> <input type="checkbox"/> <i>Lệch</i> <input type="checkbox"/> <i>Trong Tp</i> <input type="checkbox"/> <i>Trong HP</i> <input type="checkbox"/> - Tổn thương khác:</p>
<p>13. Ánh đồng tử</p>	<p>- Hồng <input type="checkbox"/> Xám <input type="checkbox"/> Không soi được <input type="checkbox"/></p>	<p>- Hồng <input type="checkbox"/> Xám <input type="checkbox"/> Không soi được <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Dịch kính</p>	<p>Sạch <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:</p>	<p>Sạch <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:</p>
<p>15. Đáy mắt</p>	<p>- Đĩa thị: <i>Không soi được</i> <input type="checkbox"/> <i>Bình thường</i> <input type="checkbox"/> <i>Lõm teo gai</i> <input type="checkbox"/> <i>CID</i>..... <i>Phù gai</i> <input type="checkbox"/> <i>Bạc màu gai thị</i> <input type="checkbox"/> - Vỡ mạch: - Hệ mạch máu: Tổn thương khác:.....</p>	<p>- Đĩa thị: <i>Không soi được</i> <input type="checkbox"/> <i>Bình thường</i> <input type="checkbox"/> <i>Lõm teo gai</i> <input type="checkbox"/> <i>CID</i>..... <i>Phù gai</i> <input type="checkbox"/> <i>Bạc màu gai thị</i> <input type="checkbox"/> - Vỡ mạch: - Hệ mạch máu: Tổn thương khác:.....</p>

2. Khám bệnh toàn thân:

- Chưa thấy biểu hiện bệnh lý

- Bệnh lý

Mạch: .....lần/phút
Nhiệt độ: °C
Huyết áp: .....mmHg
Nhịp thở.....lần/phút
Cân nặng: .....Kg

V. Xét nghiệm cần làm:.....

VI. Tóm tắt bệnh án:.....

VII. Chẩn đoán:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo :

- Chẩn đoán phân biệt (nếu có):

VIII. Tiên lượng:

IX. Hướng điều trị:

Ngàytháng..... Năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

.....

.....

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày, giờ	Phương pháp phẫu thuật, vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

3. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

.....

.....

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP:.....MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:.....MT:.....

Có kính: MP:.....MT:.....

4. Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

.....

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ	Ngày .....tháng.....năm 20..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên..... Người nhận hồ sơ Họ tên.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ			

SỐ Y TẾ:.....

BỆNH VIỆN:.....

Khoa:.....Giường.....

BỆNH ÁN MẮT

(Lác, sụp mi)

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/20 /.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):..... 2. Sinh ngày: Tuổi

3. Giới tính: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:.....

5. Dân tộc:..... 6. Ngoại kiều:.....

7. Địa chỉ: Số nhà..... Thôn, phố..... Xã, phường.....
Huyện (Q,Tx)..... Tỉnh, thành phố.....

8. Nơi làm việc:..... 9. Đối tượng: 1. BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác

10. BHYT giá trị đến ngày.....tháng.....năm 20..... 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...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> 3. Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa..... ng / th / năm Số ngày DT <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>
.....Giờ.....phút...../...../.....	- Chuyển đến.....
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa..... Giờ.....phút...../...../.....	18. Ra viện:.....giờ.....ngày...../...../.....
.....Giờ.....phút...../...../.....	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin vé <input type="checkbox"/> 3. Bỏ vé <input type="checkbox"/> 4. Đưa vé <input type="checkbox"/>
.....Giờ.....phút...../...../.....	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB. Cấp cứu:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: (tổn thương)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(Nguyên nhân)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> -Biến chứng: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị	28. Tình hình tử vong:.....giờ.....phút.....ngày.....tháng.....năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

A - BỆNH ÁN.

I. Lý do vào viện: Lác Sụp mí Khác

II. Hỏi bệnh

1. Quá trình bệnh lý

- Nguyên nhân: Bẩm sinh
Mắc phải Từ bao giờ.....
- Triệu chứng chính: Lác trong Lác ngoài Lác chéo
Sụp mí Rung giật nhãn cầu Khác
- Đã điều trị: Tập nhược thị Phương pháp.....
Kết quả: Tốt Trung bình Kém
Phẫu thuật Phương pháp.....
Kết quả: Tốt Mổ non Mổ già

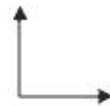
2. Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường Bệnh lý
- Gia đình: Không Có

III. Khám bệnh

1. Bệnh chuyên khoa:

- Thị lực vào viện: Không kính: MP: MT.....
Có kính: MP: MT.....
- Khúc xạ máy: Trước Atropine: MP: MT.....
Sau Atropine: MP: MT.....
- Soi bóng đồng tử:
Sau Atropine:



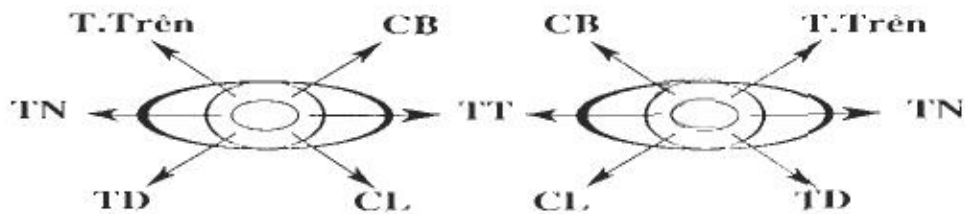
MP



MT

- Vận nhãn ngoại lai:
Gia tăng (+) (++) (+++)

Hạn chế (-) (--) (---)



- Vận nhãn nội tại: MP Bình thường Bệnh lý
MT Bình thường Bệnh lý
- Điểm cận qui tụ: Bình thường 6-8 cm Bệnh lý
- Rung giật nhãn cầu: Không Có
- Kiểu. RGNC.....
- Góc hãm: Không Có

- Thử nghiệm che mắt : Trả trong ra Trả ngoài vào Trả chéo

- Hình thái và tính chất lác:

- Độ lác: Hirschberg: Trước atropine..... Sau atropine.....

Lăng kính: Trước atropine..... Sau atropine.....

Nhìn gần:..... Nhìn xa.....

Nhìn lên..... Nhìn xuống.....

- Hội chứng:

- Synoptophore : Khách quan..... Chủ quan.....

- Tình trạng thị giác hai mắt: Đồng thị Hợp thị Phù thị

Biên độ hợp thị:.....

- Tương ứng võng mạc: Bình thường Bất bình thường

- Song thị : Không Có

- Tư thế bù trừ: Không Có

Khám mắt	Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt - Sụp mi: mức độ - Epicanthus - Chức năng cơ nâng mi - Marcus gunn - Dấu hiệu bell - Khác	Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
2. Kết mạc	Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/>	Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/>
3. Phần trước nhãn cầu	Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/>	Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/>
4. Phần sau nhãn cầu và đáy mắt	Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/>	Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/>
Định thị	Trung tâm <input type="checkbox"/> Cận tâm <input type="checkbox"/> Ngoại tâm <input type="checkbox"/>	Trung tâm <input type="checkbox"/> Cận tâm <input type="checkbox"/> Ngoại tâm <input type="checkbox"/>

2. Toàn thân:

- Chưa thấy biểu hiện bệnh lý

- Bệnh lý

Mạch:lần/phút
Nhiệt độ: °C
Huyết áp:mmHg
Nhịp thở:lần/phút
Cân nặng:Kg

IV. Xét nghiệm cần làm:.....
.....
.....

V. Tóm tắt bệnh án:.....
.....
.....
.....

VI. Chẩn đoán

- Bệnh chính.....
- Bệnh kèm theo.....
- Phân biệt.....

VII. Hướng điều trị

- Phương pháp chính:.....
- Chế độ ăn uống.....
- Chế độ chăm sóc.....

VIII. Tiên lượng:.....
.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....
Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN**1. Chẩn đoán bệnh chính:**

+ Lâm sàng:

.....

+ Nguyên nhân:

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

+ Phẫu thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày, giờ	Phương pháp phẫu thuật, vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

3. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP:.....MT:..... Nhân áp ra viện: MP:.....MT:.....
 Có kính: MP:.....MT:.....

4. Hướng dẫn tiếp:

.....

.....

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ	Ngày .....tháng.....năm 20..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên..... Người nhận hồ sơ	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên.....

SỞ Y TẾ:.....

BỆNH VIỆN:.....

Khoa:.....Giường.....

BỆNH ÁN MẮT (Trẻ em)

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/20 /.....

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.....
Huyện (Q,Tx)..... Tỉnh, thành phố.....

8. Nơi làm việc:..... 9. Đối tượng: 1. BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác

10. BHYT giá trị đến ngày.....tháng.....năm 20..... 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...../...../.....	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
13. Trực tiếp vào: 1. Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> 3. Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	- Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa..... ng/th/năm Số ngày ĐT <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/>
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa..... Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	- Chuyển đến.....
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa..... Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Ra viện:.....giờ.....ngày...../...../.....
16. Chuyển <input type="text"/> Khoa..... Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/>
	19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

III. CHẨN ĐOÁN

20. Nơi chuyển đến:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB. Cấp cứu:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Bệnh chính: (tổn thương)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(Nguyên nhân)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> -Biến chứng: <input type="checkbox"/>	+ Bệnh kèm theo:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>	+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
24. Tổng số lần phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị	28. Tình hình tử vong:.....giờ.....phút.....ngày.....tháng.....năm.....
1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/>	1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/>
2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/>	1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/>
3. Không thay đổi <input type="checkbox"/>	29. Nguyên nhân chính tử vong:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):	30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

A. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện:

- Nguyên nhân: Bẩm sinh
 Mắc phải Từ bao giờ.....
 - Triệu chứng chính: Nhìn mờ Đau nhức Đỏ mắt Chói mắt
 - Đã điều trị: Nội khoa Phẫu thuật

II. Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường Bệnh lý
- Gia đình: không có
- Tiền sử mang thai của mẹ: Bình thường Bệnh lý
- Tiền sử sinh đẻ: Đẻ thường Mổ đẻ Con thứ mấy
- Phát triển trí tuệ: Bình thường Bệnh lý
- Phả hệ di truyền.....

III. Khám bệnh

I. Bệnh chuyên khoa

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Vận nhãn ngoại lai: MP Bình thường Bệnh lý

MT Bình thường Bệnh lý

Vận nhãn nội tại: MP Bình thường Bệnh lý

MT Bình thường Bệnh lý

- Rung giật nhãn cầu: không Có

	Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt		
- Quặm	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
- Epicanthus	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
- Sụp mi	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
- U	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
- Khác	.....	.....
.....
2. Lệ đạo	.....	.....
3. Kết mạc		
- Cương tụ	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
- Xuất huyết	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
- Xuất tiết	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
- U	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
- Khác	.....	.....
4. Giác mạc		
- Tình trạng trong suốt	Trong <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/>	Trong <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/>
	Loạn dưỡng <input type="checkbox"/>	Loạn dưỡng <input type="checkbox"/>
	Thoái hóa <input type="checkbox"/>	Thoái hóa <input type="checkbox"/>
- Phù nề, bong biểu mô	.....	.....
- U (vị trí, kích thước)	.....	.....
- Tủa (số lượng, vị trí)	.....	.....

<ul style="list-style-type: none"> - Loét (kích thước, hình dạng, vị trí, bờ...) - Dị tật GM hình chóp, GM nhỏ...) - Đường kính GM - Vùng rìa - Khác 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. Cứng mạc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dẫn lối - Seo mổ - Cường tụ (tòa lan, khu trú...) - Viêm - Khác 	<p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. Tiền phòng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Độ sâu (P.P Smith) - Tyndall - Mủ - Máu - Góc tiền phòng 	<p>.....mm</p> <p>.....mm</p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>.....mm</p> <p>.....mm</p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
<p>7. Móng mắt, thể mi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Màu sắc - Tình trạng thái hóa - Tân mạch - Cảm giác thể mi - U - Dị dạng 	<p>.....</p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p> <p>Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Đồng tử</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đường kính - Viên sắc tố - Phản xạ - Dị dạng 	<p>Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Bình thường <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Mất <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
<p>9. Thể thủy tinh</p>	<p>Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>Đục nhân <input type="checkbox"/> Đục toàn bộ <input type="checkbox"/></p> <p>Đục bao <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/></p> <p>Lệch <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/></p>	<p>Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>Đục nhân <input type="checkbox"/> Đục toàn bộ <input type="checkbox"/></p> <p>Đục bao <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/></p> <p>Lệch <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Dịch kính</p>	<p>Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>Bệnh lý <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>Bệnh lý <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
<p>11. Đáy mắt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vỡng mạc - Hoàng điểm - Mạch máu - Địa thị - U 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>12. Nhân cầu</p>	<p>Mềm <input type="checkbox"/> Cứng <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/></p> <p> Nhỏ <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/></p>	<p>Mềm <input type="checkbox"/> Cứng <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/></p> <p> Nhỏ <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/></p>

2. Toàn thân:

- Chưa thấy biểu hiện bệnh lý

- Bệnh lý

Mạch:lần/phút

Nhiệt độ: °C

Huyết áp:mmHg

Nhịp thở:lần/phút

Cân nặng:Kg

IV. Các xét nghiệm cần làm.....

V. Tóm tắt bệnh án:.....

VI. Chẩn đoán

- Bệnh chính:.....

- Bệnh kèm theo:.....

- Chẩn đoán phân biệt (nếu có):.....

VII. Tiên lượng:.....

VIII. Hướng điều trị:.....

Ngàytháng.....năm 20.....

Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

.....

+ Nguyên nhân:

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày, giờ	Phương pháp phẫu thuật, vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

3. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP:.....MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:.....MT:.....
 Có kính: MP:.....MT:.....

4. Hướng điều trị tiếp:

.....

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ	Ngày .....tháng.....năm 20..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên..... Người nhận hồ sơ Họ tên.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ			

SỞ Y TẾ:.....

BỆNH VIỆN:.....

Khoa:.....Giường.....

BỆNH ÁN MẮT

(Chấn thương)

Số lưu trữ:.....

Mã YT...../210/20 /.....

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.....

Huyện (Q,Tx)..... Tỉnh, thành phố.....

8. Nơi làm việc:..... 9. Đối tượng: 1. BHYT 2. Thu phí 3. Miễn 4. Khác

10. BHYT giá trị đến ngày.....tháng.....năm 20..... 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 ĐT.....
.....Giờ.....phút...../...../.....

16. Chuyển Khoa..... Giờ.....phút...../...../.....
KhoaGiờ.....phút...../...../.....
.....Giờ.....phút...../...../.....

17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên 2. Tuyến dưới 3. CK
- Chuyển đến.....

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:.....

- Tai biến: - Biến chứng:

1. Do phẫu thuật 2. Do gây mê 3. Do nhiễm khuẩn 4. Khác

23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:.....

24. Tổng số lần phẫu thuật:.....

25. Ra viện:.....
+ Bệnh chính: (tổn thương).....
.....
(Nguyên nhân).....
+ Bệnh kèm theo:.....
+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:.....
+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:.....

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị
1. Khỏi 4. Nặng hơn
2. Ổn, giảm 5. Tử vong
3. Không thay đổi

27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết):
1. Lành tính 2. Nghi ngờ 3. Ác tính

28. Tình hình tử vong:.....giờ.....phút ngày.....tháng.....năm.....
1. Do bệnh 2. Do tai biến điều trị 3. Khác
1. Trong 24 giờ vào viện 2. Trong 48 giờ vào viện 3. Trong 72 giờ vào viện

29. Nguyên nhân chính tử vong:.....

30. Khám nghiệm tử thi: 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

A - BỆNH ÁN.

I. LÝ DO VÀO VIỆN: ngày thứ của bệnh

II. HỒI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý (Nguyên nhân, thời gian chẩn thương, các phương pháp đã điều trị, diễn biến sau điều trị).....

2. Tiền sử:

Bản thân: - Mắt :

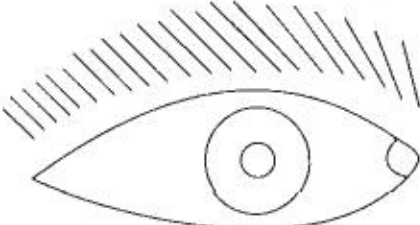
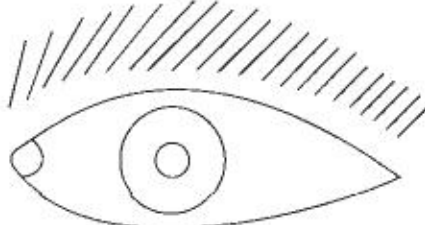
- Toàn thân :

.Gia đình:

III. KHÁM BỆNH

1. Khám chuyên khoa

Thị lực vào viện: Không kính: MP..... MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP..... MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Mắt phải	Mắt trái
<p>1. Mi mắt - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> - Sụp mi <input type="checkbox"/> Độ.....</p> <p>- Rách mi: Lớp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Vị trí:..... Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lệ quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lệ quản <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/></p> <p>- Các tổn thương khác:</p>	<p>1. Mi mắt - Bình thường <input type="checkbox"/> Tụ máu, sưng nề <input type="checkbox"/> - Sụp mi <input type="checkbox"/> Độ.....</p> <p>- Rách mi: Lớp <input type="checkbox"/> Toàn bộ chiều dày <input type="checkbox"/> Bờ mi <input type="checkbox"/> Mất tổ chức <input type="checkbox"/> Vị trí:..... Đã khâu <input type="checkbox"/></p> <p>- Lệ quản: Bình thường <input type="checkbox"/> Đứt lệ quản <input type="checkbox"/> 1/3 ngoài <input type="checkbox"/> 1/3 giữa <input type="checkbox"/> 1/3 trong <input type="checkbox"/> Đứt 2 lệ quản <input type="checkbox"/></p> <p>- Sẹo mi <input type="checkbox"/></p> <p>- Các tổn thương khác:</p>
<p>2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Rách KM <input type="checkbox"/></p> <p>Thiếu máu <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác</p>	<p>2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Rách KM <input type="checkbox"/></p> <p>Thiếu máu <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác</p>
<p>Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện</p> 	<p>Hình vẽ mô tả tổn thương khi vào viện</p> 

3. Giác mạc

- Trong Phù Sẹo Dị vật
- Tủa mạt sau giác mạc: Tủa mới Tủa cũ
- Ngấm máu Absces Trợt Loét
- Rách Kích thước..... Vị trí.....
- Rách gọn Nham nhở Mất tổ chức Kẹt tổ chức nội nhãn
- Đã khâu : Đúng giải phẫu Không đúng giải phẫu
- Tổn thương khác.....

3. Giác mạc

- Trong Phù Sẹo Dị vật
- Tủa mạt sau giác mạc: Tủa mới Tủa cũ
- Ngấm máu Absces Trợt Loét
- Rách Kích thước..... Vị trí.....
- Rách gọn Nham nhở Mất tổ chức Kẹt tổ chức nội nhãn
- Đã khâu : Đúng giải phẫu Không đúng giải phẫu
- Tổn thương khác.....

4. Cung mạc- Bình thường Giãn lồi

- Rách Kích thước..... vị trí.....
- Đã khâu Chưa khâu Kẹt tổ chức
- Tổn thương khác.....

4. Cung mạc- Bình thường Giãn lồi

- Rách Kích thước..... vị trí.....
- Đã khâu Chưa khâu Kẹt tổ chức
- Tổn thương khác.....

5. Tiền phòng Bình thường Sâu

- Nông Xẹp tiền phòng Chất thể thủy tinh
- Mù Xuất tiết Tyndal
- Xuất huyết mức độ.....
- Dị vật
- Tổn thương khác:.....

5. Tiền phòng Bình thường Sâu

- Nông Xẹp tiền phòng Chất thể thủy tinh
- Mù Xuất tiết Tyndal
- Xuất huyết mức độ.....
- Dị vật
- Tổn thương khác:.....

6. Mống mắt: Bình thường Thoái hóa

- Đứt chân mống mắt Mất mống mắt
- Rát, thủng mống mắt
- Đồng tử:** Kích thước.....mm. PXĐT: Có Không
- Tròn Méo Dính vị trí.....Giãn liệt
- Ánh đồng tử:..... Không quan sát được

6. Mống mắt: Bình thường Thoái hóa

- Đứt chân mống mắt Mất mống mắt
- Rát, thủng mống mắt
- Đồng tử:** Kích thước.....mm. PXĐT: Có Không
- Tròn Méo Dính vị trí.....Giãn liệt
- Ánh đồng tử:..... Không quan sát được

7. Thể thủy tinh: Trong Đục Vỡ Dị vật

- Sa, lệch Ra tiền phòng Vào buồng dịch kính
- Viêm mủ Đã đặt IOL
- Tổn thương khác:.....

7. Thể thủy tinh: Trong Đục Vỡ Dị vật

- Sa, lệch Ra tiền phòng Vào buồng dịch kính
- Viêm mủ Đã đặt IOL
- Tổn thương khác:.....

8. Dịch kính: - Trong

- Đục Viêm mủ
- Xuất huyết Tổ chức hóa
- Bong dịch kính sau Dị vật
- Tổn thương khác:.....

8. Dịch kính: - Trong

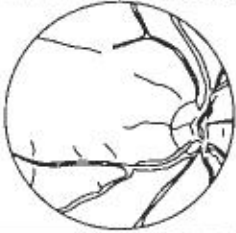
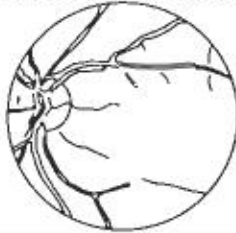
- Đục Viêm mủ
- Xuất huyết Tổ chức hóa
- Bong dịch kính sau Dị vật
- Tổn thương khác:.....

9. Vỡ mạc: - Bình thường

- Bệnh lý
- Hệ mạch:..... Địa thị.....
- Phù Xuất huyết
- Bong võng mạc:
- Rách võng mạc: Không Có Số lượng.....

9. Vỡ mạc: - Bình thường

- Bệnh lý
- Hệ mạch:..... Địa thị.....
- Phù Xuất huyết
- Bong võng mạc:
- Rách võng mạc: Không Có Số lượng.....

Vị trí vết rách.....Hình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước..... Vị trí..... Tổn thương khác..... MP 	Vị trí vết rách.....Hình thái..... Dị vật <input type="checkbox"/> Kích thước..... Vị trí..... Tổn thương khác..... MT 
10. Hóc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Dị vật: <input type="checkbox"/> Võ xương <input type="checkbox"/> Vụn nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nhân cầu: Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi	10. Hóc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Dị vật: <input type="checkbox"/> Võ xương <input type="checkbox"/> Vụn nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nhân cầu: Teo <input type="checkbox"/> Lồi <input type="checkbox"/> Độ lồi

2. Toàn thân

- Chưa có biểu hiện bệnh lý
- Bệnh lý

Mạch:lần/phút
 Nhiệt độ: °C
 Huyết áp:mmHg
 Nhịp thở:lần/phút
 Cân nặng:Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:.....

V. TÓM TẮT :.....

VI. CHẨN ĐOÁN:.....

Bệnh chính

Bệnh kèm theo.....

Phân biệt.....

VII. TIỀN LƯỢNG.....

VIII. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

.....

+ Nguyên nhân:

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày, giờ	Phương pháp phẫu thuật, vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

3. Tình trạng người bệnh ra viện:

.....

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... MT:.....
 Có kính: MP:..... MT:.....

4. Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ	Ngày .....tháng.....năm 20..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên..... Người nhận hồ sơ Họ tên.....	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ			

A - BỆNH ÁN.

I. LÝ DO VÀO VIỆN:..... ngày thứ..... của bệnh

II. HỎI BỆNH

1. Quá trình bệnh lý.....

2. Tiền sử:

Bản thân:.....

Gia đình:.....

III. KHÁM BỆNH

I. Khám chuyên khoa

Thị lực vào viện: Không kính: MP.....MT.....	Nhãn áp vào viện	MP.....	MT.....
Có kính : MP.....MT.....	Thị trường	MP.....	MT.....

Mắt phải	Mắt trái
1. Mi mắt Bình thường <input type="checkbox"/> Phù nề <input type="checkbox"/> Phản ứng thể mi <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:.....	1. Mi mắt Bình thường <input type="checkbox"/> Phù nề <input type="checkbox"/> Phản ứng thể mi <input type="checkbox"/> Bệnh lý khác:.....
2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ nông <input type="checkbox"/> Cương tụ sâu <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/>Sẹo KM <input type="checkbox"/>	2. Kết mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Cương tụ nông <input type="checkbox"/> Cương tụ sâu <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/>Sẹo KM <input type="checkbox"/>
3. Giác mạc - Trong <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> - Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa mỡ cũ <input type="checkbox"/> Tủa sắc tố <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> Vị trí tủa:	3. Giác mạc - Trong <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> - Tủa mặt sau giác mạc: Tủa mới <input type="checkbox"/> Tủa mỡ cũ <input type="checkbox"/> Tủa sắc tố <input type="checkbox"/> Tủa cũ <input type="checkbox"/> Vị trí tủa:
4. Cứng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Sẹo CM <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác:	4. Cứng mạc - Bình thường <input type="checkbox"/> Sẹo CM <input type="checkbox"/> - Bệnh lý khác:
5. Tiền phòng Sâu sạch <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Độ..... Mù, Xuất tiết <input type="checkbox"/> Mức độ..... Tyndall <input type="checkbox"/> Độ..... Góc tiền phòng: Dính <input type="checkbox"/> Sắc tố <input type="checkbox"/> Tàn mạch <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....	5. Tiền phòng Sâu sạch <input type="checkbox"/> Xẹp tiền phòng <input type="checkbox"/> Xuất huyết <input type="checkbox"/> Độ..... Mù, Xuất tiết <input type="checkbox"/> Mức độ..... Tyndall <input type="checkbox"/> Độ..... Góc tiền phòng: Dính <input type="checkbox"/> Sắc tố <input type="checkbox"/> Tàn mạch <input type="checkbox"/> Tổn thương khác:.....

<p>6. Mống mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Tân mạch mống mắt <input type="checkbox"/>..... Hạt Koeppi <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Hạt Busaca</p> <p>Đồng tử: Ánh đồng tử..... Kích thước..... mm.</p> <p>Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....</p> <p>PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/></p> <p>Bệnh lý khác:</p>	<p>6. Mống mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Thoái hóa <input type="checkbox"/></p> <p>Tân mạch mống mắt <input type="checkbox"/>..... Hạt Koeppi <input type="checkbox"/>.....</p> <p>Hạt Busaca</p> <p>Đồng tử: Ánh đồng tử..... Kích thước..... mm.</p> <p>Tròn <input type="checkbox"/> Méo <input type="checkbox"/> Dính <input type="checkbox"/> vị trí.....</p> <p>PXĐT: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Giãn liệt <input type="checkbox"/></p> <p>Bệnh lý khác:</p>
<p>7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục vỡ T3 <input type="checkbox"/></p> <p>Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/></p> <p>Dính sắc tố mặt trước thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Viêm mù <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>	<p>7. Thể thủy tinh: Trong <input type="checkbox"/> Đục <input type="checkbox"/> Đục vỡ T3 <input type="checkbox"/></p> <p>Sa lệch <input type="checkbox"/> Ra tiền phòng <input type="checkbox"/> Vào buồng dịch kính <input type="checkbox"/></p> <p>Dính sắc tố mặt trước thể thủy tinh <input type="checkbox"/> Viêm mù <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>
<p>8. Dịch kính: Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ.....</p> <p>Viêm mù <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>	<p>8. Dịch kính: Sạch <input type="checkbox"/> Tyndall <input type="checkbox"/> Độ.....</p> <p>Viêm mù <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất huyết <input type="checkbox"/> Tổ chức hóa <input type="checkbox"/> Bong dịch kính sau <input type="checkbox"/></p> <p>Tổn thương khác:</p>
<p>9. Vỡ mạc: - Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>Bệnh lý <input type="checkbox"/> :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>Hệ mạch:</i> Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>Tắc ĐM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> mi VM <input type="checkbox"/></p> <p>Tắc TM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/></p> <p>phù <input type="checkbox"/> thiếu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <input type="checkbox"/></p> <p>Viêm mao mạch <input type="checkbox"/> Tân mạch võng mạc <input type="checkbox"/></p> <p>Tân mạch hắc mạc: dưới HD <input type="checkbox"/> ngoài HD <input type="checkbox"/></p> <p><i>Đĩa thị:</i> Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/> Bạc màu <input type="checkbox"/></p> <p>Tân mạch gai <input type="checkbox"/> <1/4 gai <input type="checkbox"/> 1/4-1/2 gai <input type="checkbox"/> >1/2 gai <input type="checkbox"/></p> <p><i>Hoàng điểm:</i> Bình thường <input type="checkbox"/> Mất ánh HD <input type="checkbox"/></p> <p>Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/></p> <p>Lỗ: Độ..... Lỗ lớp <input type="checkbox"/> giả lỗ <input type="checkbox"/></p> <p>Sẹo HD có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/></p> <p>Thoái hóa VM: chu biên <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/></p> <p>Hình thái thoái hóa:</p> <p>Xuất huyết: VM nông <input type="checkbox"/> VM sâu <input type="checkbox"/> Hắc mạc <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất tiết : Cứng <input type="checkbox"/> Dạng bông <input type="checkbox"/></p> <p>Bong thanh dịch <input type="checkbox"/> Bong BMST <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Vỡ mạc: - Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>Bệnh lý <input type="checkbox"/> :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>Hệ mạch:</i> Bình thường <input type="checkbox"/></p> <p>Tắc ĐM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/> mi VM <input type="checkbox"/></p> <p>Tắc TM : trung tâm <input type="checkbox"/> nhánh <input type="checkbox"/></p> <p>phù <input type="checkbox"/> thiếu máu <input type="checkbox"/> hỗn hợp <input type="checkbox"/></p> <p>Viêm mao mạch <input type="checkbox"/> Tân mạch võng mạc <input type="checkbox"/></p> <p>Tân mạch hắc mạc: dưới HD <input type="checkbox"/> ngoài HD <input type="checkbox"/></p> <p><i>Đĩa thị:</i> Bình thường <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/> Teo <input type="checkbox"/> Bạc màu <input type="checkbox"/></p> <p>Tân mạch gai <input type="checkbox"/> <1/4 gai <input type="checkbox"/> 1/4-1/2 gai <input type="checkbox"/> >1/2 gai <input type="checkbox"/></p> <p><i>Hoàng điểm:</i> Bình thường <input type="checkbox"/> Mất ánh HD <input type="checkbox"/></p> <p>Phù : Khu trú <input type="checkbox"/> Tỏa lan <input type="checkbox"/></p> <p>Lỗ: Độ..... Lỗ lớp <input type="checkbox"/> giả lỗ <input type="checkbox"/></p> <p>Sẹo HD có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/></p> <p>Thoái hóa VM: chu biên <input type="checkbox"/> trung tâm <input type="checkbox"/></p> <p>Hình thái thoái hóa:</p> <p>Xuất huyết: VM nông <input type="checkbox"/> VM sâu <input type="checkbox"/> Hắc mạc <input type="checkbox"/></p> <p>Xuất tiết : Cứng <input type="checkbox"/> Dạng bông <input type="checkbox"/></p> <p>Bong thanh dịch <input type="checkbox"/> Bong BMST <input type="checkbox"/></p>

Ổ viêm hắc mạc : Hoạt tính <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Số lượng..... Vị trí Bong vông mạc <input type="checkbox"/> Mức độ: Rách vông mạc <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết rách Hình thái..... Tổn thương phối hợp..... Bệnh lý khác	Ổ viêm hắc mạc : Hoạt tính <input type="checkbox"/> Sẹo <input type="checkbox"/> Số lượng..... Vị trí Bong vông mạc <input type="checkbox"/> Mức độ: Rách vông mạc <input type="checkbox"/> Số lượng Vị trí vết rách Hình thái..... Tổn thương phối hợp..... Bệnh lý khác
10. Hóc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:..... Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....	10. Hóc mắt: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:..... Vận nhãn: Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Mô tả:.....

2. Toàn thân

- Chưa có biểu hiện bệnh lý
- Bệnh lý

Mạch:lần/phút
 Nhiệt độ: °C
 Huyết áp:mmHg
 Nhịp thở:lần/phút
 Cân nặng:Kg

IV. CÁC XÉT NGHIỆM CẦN LÀM:

V. TÓM TẮT :

VI. CHẨN ĐOÁN:

Bệnh chính

Bệnh kèm theo.....

Phân biệt.....

VII. TIỀN LƯỢNG

VIII. ĐIỀU TRỊ

Phương pháp.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

BÁC SỸ LÀM BỆNH ÁN

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN**1. Chẩn đoán bệnh chính:**

+ Lâm sàng:

+ Nguyên nhân:

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày, giờ	Phương pháp phẫu thuật, vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

3. Tình trạng người bệnh ra viện:

Thị lực ra viện: Không kính: MP:.....MT:..... Nhận áp ra viện: MP:.....MT:.....
 Có kính: MP:.....MT:.....

4. Hướng điều trị tiếp:

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ	Ngày .....tháng.....năm 20..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số từ		
- X - quang		Họ tên..... Người nhận hồ sơ	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên.....

SỞ Y TẾ:.....
 BỆNH VIỆN:.....
 Khoa:.....Giường:.....

BỆNH ÁN MẮT (Glôcôm)

Số lưu trữ:.....
 Mã YT...../ 210 / 20 /.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên (In hoa):.....		2. Sinh ngày: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Tuổi
3. Giới	1. Nam <input type="checkbox"/>	2. Nữ <input type="checkbox"/>	4. Nghề nghiệp:	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Dân tộc:	<input type="text"/> <input type="text"/>	6. Ngoại kiều:		<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Địa chỉ: Số nhà..... Thôn, phố		Xã, phường		
Huyện (Q,Tx)		<input type="text"/> <input type="text"/>	Tỉnh, thành phố.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Nơi làm việc:	9. Đối tượng: 1. BHYT <input type="checkbox"/>		2. Thu phí <input type="checkbox"/>	3. Miễn <input type="checkbox"/>
			4. Khác <input type="checkbox"/>	
10. BHYT giá trị đến ngày.....tháng.....năm 20.....		Số thẻ BHYT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
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 <input type="checkbox"/> 2. KKB <input type="checkbox"/> 3. Khoa điều trị <input type="checkbox"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐT <input type="text"/> <input type="text"/> 15. Vào khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> 16. Chuyển <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> Khoa <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2. Tự đến <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ <input type="text"/> 17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến..... 18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin vé <input type="checkbox"/> 3. Bỏ vé <input type="checkbox"/> 4. Đưa vé <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

III. CHẨN ĐOÁN

		MÃ		MÃ
20. Nơi chuyển đến:.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		25. Ra viện: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. KKB. Cấp cứu:.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		+ Bệnh chính: (tổn thương) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22. Khi vào khoa điều trị:.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		(Nguyên nhân)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/>				+ Bệnh kèm theo:
1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/>				+ Chẩn đoán trước phẫu thuật:
23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		+ Chẩn đoán sau phẫu thuật:
24. Tổng số lần phẫu thuật:.....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

IV. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết): 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. Ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong:.....giờ.....phút ngày.....tháng.....năm..... 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. Trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 30. Khám nghiệm tử thi: <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên.....

Họ và tên.....

A. BỆNH ÁN

I. Lý do đi khám: MP MT 2 Mát

1. Nhức mắt:

dữ dội vừa nhẹ không

2. Nhìn: mờ đột ngột mờ từng lúc sương mù không mờ
 mờ tăng dần nhìn thu hẹp quang tán sắc

3. Sợ ánh sáng, chảy nước mắt: có không

4. Đỏ mắt: có không

5. Toàn thân: đau đầu nôn buồn nôn không

6. Các triệu chứng khác:.....

II. Quá trình bệnh lý

1. Thời gian xuất hiện bệnh:.....

2. Cơ sở y tế đã khám và điều trị: Huyện Tỉnh Trung ương Khác

3. Phương pháp điều trị: Phẫu thuật Thuốc Laser

4. Phẫu thuật, thủ thuật đã thực hiện:

	Mắt phải				Mắt trái			
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4	Lần 1	Lần 2	Lần 3	Lần 4
Loại phẫu thuật Thủ thuật	1. Cắt bẻ CGM 2. Cắt bẻ + CCH 3. Cắt CMS 4. Cắt CMS+CCH 5. Cắt MM ngoại vi 6. Van dẫn lưu 7. Quang đông TM 8. Lạnh đông TM 9. Sửa sẹo bong 10. Kẹp củng mạc 11. Laser MM ngoại vi 12. Laser tạo hình MM 13. Laser tạo hình bẻ 14. Khác (CB+TTT, CB+CDK-BVM...)							
Thời điểm p. Thuật								
Nơi phẫu thuật	1. Bệnh viện huyện 2. Bệnh viện tỉnh 3. Bệnh viện trung ương 4. Nơi khác							

5. Thuốc hạ nhãn áp đã dùng: uống tra mắt tiêm
 1 thuốc 2 thuốc 3 thuốc 4 thuốc

STT	Tên thuốc	Đường dùng	Liều dùng	Thời gian đã dùng	Ghi chú (Lý do thay cắt thuốc)

6. Các thuốc khác:.....

7. Tiến trình điều trị:.....

III. Tiền sử các bệnh mắt khác

Cận thị Viễn thị Có Không
 Viêm phần trước nhãn cầu Chấn thương Viêm màng bồ đào
 Bệnh khác:..... Tác TMTTVM Đã PT mắt:.....
 Tiền sử dùng corticosteroid kéo dài. Tên thuốc:.....

- Thời gian sử dụng:.....
 - Đường dùng: Tra mắt Tiêm mắt Toàn thân
 - Theo chỉ định của bác sỹ Bệnh nhân tự dùng thuốc

IV. Tiền sử bệnh toàn thân

Có Không
 Tim mạch Huyết áp (cao, thấp) Đái đường
 Thông động mạch cảnh - xoang hang Bệnh khác:.....

V. Tiền sử bệnh glôcôm trong gia đình Có Không

ông, bà

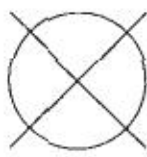
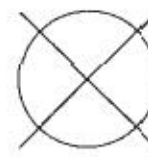
bố, mẹ

anh, chị, em

cô, dì, chú, bác

VI. Khám bệnh

1. Khám mắt

	Mắt phải	Mắt trái
1. Thị lực vào viện Không kính Có kính	.....	.....
2. Nhãn áp (Maclakov, Goldmann)	.....MmHg	.....MmHg
3. Mi mắt: ~ Sưng nề ~ khác	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
4. Kết mạc - Cương tụ - Sẹo mổ cũ - Bong dò	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có vị Trí..... <input type="checkbox"/> tốt <input type="checkbox"/> đục <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có vị Trí..... <input type="checkbox"/> tốt <input type="checkbox"/> đục <input type="checkbox"/> xơ <input type="checkbox"/> mỏng <input type="checkbox"/> quá phát
5. Giác mạc - Tình trạng trong suốt - Phù nề, bong biểu mô - Độ dày giác mạc - Tủa (số lượng, vị trí)	<input type="checkbox"/> trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ.....	<input type="checkbox"/> trong <input type="checkbox"/> sẹo <input type="checkbox"/> loạn dưỡng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ.....
6. Củng mạc - Dẫn lộ - Sẹo mổ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có vị Trí.....	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có vị Trí.....
7. Tiền phòng - Độ sâu(P.P Smith) - P.p Herick	.....Mm <1/4. 1/4.1/2. ≥ GM	.....Mm <1/4. 1/4.1/2. ≥ GM
8. Góc tiền phòng		
Dấu hiệu khác:	.....	.....
9. Mống mắt - Màu sắc - Tình trạng thoái hoá - Tân mạch	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, mức độ..... <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
10. Đồng tử - Đường kính - Viền sắc tố - Phản xạ	<input type="checkbox"/> tròn <input type="checkbox"/> méo <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất	<input type="checkbox"/> tròn <input type="checkbox"/> méo <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> giảm <input type="checkbox"/> mất
11. Thể thủy tinh	<input type="checkbox"/> trong <input type="checkbox"/> đục khác:..... <input type="checkbox"/> nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ	<input type="checkbox"/> trong <input type="checkbox"/> đục khác:..... <input type="checkbox"/> nhân <input type="checkbox"/> vỏ <input type="checkbox"/> dưới bao <input type="checkbox"/> toàn bộ
12. Dịch kính	.....	.....
13. Đáy mắt - Vỡng mạc - Hoàng điểm - Tân mạch - Xuất huyết	Soi rõ <input type="checkbox"/> Không soi rõ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Soi rõ <input type="checkbox"/> Không soi rõ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

14. Địa thị giác - Viễn thần kinh - Màu sắc - C/D - Mạch máu - Xuất huyết - Teo cạnh gai	<input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> bất thường (<input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương) <hr/> <input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> chuyển hướng <input type="checkbox"/> gấp góc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> bất thường (<input type="checkbox"/> dưới <input type="checkbox"/> trên <input type="checkbox"/> mũi <input type="checkbox"/> thái dương) <hr/> <input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> chuyển hướng <input type="checkbox"/> gấp góc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
15. Vận nhãn, lác		
16. Nhân cầu	<input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> dãn lồi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ	<input type="checkbox"/> bình thường <input type="checkbox"/> dãn lồi <input type="checkbox"/> to <input type="checkbox"/> nhỏ
17. Hốc mắt		

2. Khám bệnh toàn thân:

- Chưa thấy biểu hiện bệnh lý

- Bệnh lý

Mạch:lần/phút
 Nhiệt độ: °C
 Huyết áp:mmHg
 Nhịp thở.....lần/phút
 Cân nặng:Kg

VII. Xét nghiệm cận lâm:

VIII. Tóm tắt bệnh án:

IX. Chẩn đoán:

1. Bệnh chính

- Mắt phải:

- Mắt trái:

2. Bệnh kèm theo:

MP

MT

3. Bệnh toàn thân:

X. Chỉ định điều trị:

XI. Tiên lượng:

Ngàytháng.....năm 20.....
 Bác sỹ làm bệnh án

Họ và tên.....

B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng:

.....

.....

+ Nguyên nhân:

.....

.....

2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa:

.....

.....

+ Phẫu thuật, thủ thuật: - Phẫu thuật - Thủ thuật

Ngày, giờ	Phương pháp phẫu thuật, vô cảm	Bác sỹ phẫu thuật	Bác sỹ gây mê

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

.....

.....

.....

.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP:..... MT:..... Nhãn áp ra viện: MP:..... MT:.....

Có kính: MP:..... MT:.....

4. Hướng điều trị tiếp:

.....

.....

.....

Hồ sơ, phim ảnh		Người giao hồ sơ	Ngày .....tháng.....năm 20..... Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X - quang		Họ tên..... Người nhận hồ sơ	Họ tên.....
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			
- Toàn bộ hồ sơ			